

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



*O BALANCED SCORECARD* COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO  
ESTRATÉGICA ADAPTADO A UM SERVIÇO DE SAÚDE

Francisco Mota Gaspar

Relatório de Projecto  
Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

**Orientador(a):**

**Prof. Doutor Luís Martins, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento  
de Gestão**

**Mai 2009**

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



*O BALANCED SCORECARD* COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO  
ESTRATÉGICA ADAPTADO A UM SERVIÇO DE SAÚDE

Francisco Mota Gaspar

Relatório de Projecto  
Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

**Orientador(a):**

**Prof. Doutor Luís Martins, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento  
de Gestão**

**Mai 2009**



## Resumo

Perante os novos cenários de complexidade dos sistemas empresariais, num mundo em permanente mudança, os gestores e investigadores reconhecem a importância crescente dos principais factores potenciadores da competitividade e a necessidade de desenvolver novos modelos de gestão. Neste contexto, o *Balanced Scorecard* surge como uma das metodologias mais importantes da avaliação de desempenho e implementação de estratégias, tendo evoluído de um simples sistema de medição da performance até um Sistema de Gestão Estratégica, posicionando-se recentemente como um sistema de gestão da mudança. Este modelo vem assim proporcionar aos gestores de topo uma focalização no essencial da gestão e um processo de tomada de decisão baseado em informação de natureza estratégica.

O presente trabalho descreve e analisa um Serviço de Saúde que opera, predominantemente, na área dos Cuidados de Saúde Primários, no âmbito da saúde comunitária. Neste estudo, a questão pertinente que se coloca é determinar se as ferramentas de medição e avaliação da performance organizacional são suficientes e adequadas aos fins a que se destinam, fornecendo informação considerada crucial para a gestão e tomada de decisão. Com base na metodologia de trabalho adoptada, foi possível analisar os instrumentos de gestão existentes, a sua integração e alinhamento, e a necessidade de definição de um *Balanced Scorecard* para o serviço.

Considerando a flexibilidade do modelo, elaborou-se um *Balanced Scorecard* adaptado ao Serviço de Saúde, como tema central deste trabalho, acompanhado de um Mapa Estratégico, de um Mapa de Objectivos Estratégicos e de um Mapa de Indicadores Chave de Desempenho, como ferramentas complementares ao modelo, seguindo-se as etapas para a sua implementação. De natureza marcadamente aplicada e assente num processo de investigação científica, o *Balanced Scorecard* do Serviço de Saúde é um instrumento de gestão estratégica com capacidade de potenciar a eficiência e a eficácia do serviço, que introduz uma nova cultura na gestão, fundamental para dar resposta às novas necessidades multidimensionais de gestão.

Palavras-chave: Performance Organizacional, *Balanced Scorecard*, Mapa Estratégico, Sistema de Gestão Estratégica.

JEL Classification System: D83; I12

## **Abstract**

Taking into account the complexity of organizational business systems, in a changing world, managers and researchers have realized the growing importance of certain factors that influence competitiveness and the need to develop new management models. In this context, the Balanced Scorecard appears to be one of the most important methods of evaluating strategies and their performance. It developed from a performance evaluating procedure to a System of Strategic Management and is nowadays recognized as a way of managing change. This model enables top managers to focus on the essentials of management and is simultaneously an aid concerning decision taking, based on strategic information.

This work describes and analyses a Health Care Service, which works primarily in Primary Health Care in a given community. Its aim is to find out if the tools used to assess the performance of the organization are adequate to achieve the goal, thus providing at the same time crucial information to the decision-making process. Based upon the selected methodology, it was possible to analyze the existing management tools, their integration and sequence, as well as the need to define a Balanced Scorecard for the organization.

Considering the flexibility of the model, the main subject of this work was to adapt a Balanced Scorecard to the health care service, together with a Strategic Map, a Map of Strategic Goals and a Map of Key Indicators to Performance, as further elements to complete the model. Furthermore, steps to carry out this model were considered. Based on scientific procedures the Balanced Scorecard is able to increase the effectiveness and the efficiency of the organization, by introducing a new way of approaching management, which is essential to the challenges posed by the needs arising from a multidimensional management approach.

Key words: Organizational Performance, Balanced Scorecard, Strategic Map, Strategic Management System.

JEL Classification System: D83; I12

## **Agradecimentos**

Ao Professor Luís Martins, pela excelente, valiosa e indispensável orientação, pela disponibilidade, sugestões e sentido crítico, pelos conhecimentos e experiências partilhados, e por ter despertado em mim um interesse acrescido pela investigação.

Ao meu pai, pela sua coerência e integridade, valores e objectivos de vida que me transmitiu, pela oportunidade que me deu de estudar, e por tudo o que me ensinou em vida.

À minha mãe, por ser quem é, pela sua preocupação e atenção, por me acompanhar e apoiar em todos os momentos da minha vida, pela sua amizade e amor.

À minha irmã, irmão, sobrinhos e sogros, pela motivação e apoio incondicional nesta caminhada, pelo seu amor, e por poder contar com eles em todos os momentos.

À minha esposa, a quem devo e dedico este trabalho, que acreditou convictamente desde o primeiro instante e me fez acreditar que era capaz, tornando este sonho em realidade, pelo seu permanente apoio constituindo uma fonte de inspiração constante, pela sua disciplina e exemplo, pela sua atenção e compreensão, pelo seu carinho e amizade, e especialmente por todo o amor que sempre me deu.

À minha filha, pela adolescência na infantilidade da sua idade com que me foi brindando, pelas suas interrupções e curiosidade permanentes, pelas brincadeiras que não tivemos e tempo que não lhe pude dedicar, pela sua alegria, entusiasmo e boa disposição, e por todo o carinho com que sempre me rodeou.

Ao meu amigo Castro Ferreira, pelas suas palavras preciosas e estimulantes, pelos seus ensinamentos e vivências partilhados, pela sua atitude de estratega e visionário, pela confiança depositada, e a quem expresse a minha profunda gratidão.

Ao meu amigo Victor de Jesus, pelos seus conselhos sábios, sempre oportunos, pela partilha de experiências e vivências, pela visão que me transmitiu, por todas as palavras de incentivo e coragem, e pelo seu reconfortante apoio.

À Odete Farrajota, pelo reconhecimento e valorização do meu trabalho.

A todos os meus amigos e colegas que de alguma forma me apoiaram durante este percurso e me proporcionaram a realização deste trabalho.

A todos muito obrigado!

## Índice Geral

Resumo .....	iv
Abstract .....	v
Agradecimentos .....	vi
Índice Geral.....	vii
Índice de Tabelas .....	xi
Índice de Figuras .....	xi
Lista de Abreviaturas e Siglas .....	xiii
Introdução .....	1
<b>PRIMEIRA PARTE</b> .....	<b>3</b>
<b>Revisão da Literatura</b> .....	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I A ABORDAGEM <i>BALANCED SCORECARD</i></b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 O <i>Balanced Scorecard</i></b> .....	<b>4</b>
1.1.1 Contexto e antecedentes .....	4
1.1.2 Conceito.....	6
1.1.3 Justificação .....	9
1.1.4 Evolução .....	10
<b>1.2 Os pilares do <i>Balanced Scorecard</i></b> .....	<b>12</b>
1.2.1 A Missão.....	13
1.2.2 Os Valores .....	14
1.2.3 A Visão .....	15
<b>1.3 Avaliação do desempenho organizacional. As quatro perspectivas</b> .....	<b>16</b>
1.3.1 A Perspectiva Financeira .....	17
1.3.2 A Perspectiva do Cliente .....	18
1.3.3 A Perspectiva dos Processos Internos .....	20
1.3.4 A Perspectiva da Aprendizagem e Desenvolvimento Organizacional .....	21
<b>CAPÍTULO II O MAPA ESTRATÉGICO</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 O Mapa Estratégico</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2 As relações de causa e efeito</b> .....	<b>25</b>

<b>CAPÍTULO III O BALANCED SCORECARD COMO UM SISTEMA DE GESTÃO ESTRATÉGICA</b> .....	26
<b>3.1 Sistema de Gestão Estratégica</b> .....	26
<b>3.2 Os quatros processos de gestão estratégica</b> .....	27
3.2.1 Clarificação e tradução da visão e estratégia.....	28
3.2.2 Comunicação e alinhamento estratégico .....	28
3.2.3 Planeamento e afectação de recursos.....	28
3.2.4 Feedback e aprendizagem estratégica.....	29
<b>CAPÍTULO IV ANÁLISE CRÍTICA AO BALANCED SCORECARD</b> .....	30
<b>4.1 Vantagens</b> .....	30
<b>4.2 Limitações</b> .....	32
<b>CAPÍTULO V O BALANCED SCORECARD EM ORGANIZAÇÕES SEM FINS LUCRATIVOS</b> .....	33
<b>5.1 A adaptação do <i>Balanced Scorecard</i> ao sector público</b> .....	33
<b>5.2 A utilização do <i>Balanced Scorecard</i> em serviços de saúde</b> .....	38
<b>SEGUNDA PARTE</b> .....	45
<b>Enquadramento do Trabalho e Metodologia</b> .....	45
<b>CAPÍTULO VI FUNDAMENTAÇÃO E OBJECTIVOS</b> .....	46
<b>6.1 Objecto de estudo</b> .....	46
<b>6.2 Fundamentação</b> .....	46
<b>6.3 Objectivo do trabalho</b> .....	48
<b>CAPÍTULO VII METODOLOGIA E DESCRIÇÃO DO TRABALHO</b> .....	50
<b>7.1 Metodologia, estratégia e recolha de dados</b> .....	50
7.1.1 Metodologia de Trabalho.....	50
7.1.2 Estratégia de pesquisa.....	51
7.1.3 Técnicas de recolha e análise de dados .....	51
<b>7.2 Descrição sumária da estrutura do trabalho</b> .....	52
<b>TERCEIRA PARTE</b> .....	54
<b>Caracterização, Análise e Diagnóstico do Serviço de Saúde</b> .....	54
<b>CAPÍTULO VIII DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO</b> .....	55



<b>8.1 Introdução</b> .....	55
<b>8.2 Missão</b> .....	55
<b>8.3 Objectivos</b> .....	56
<b>8.4 Estrutura Orgânica</b> .....	57
<b>8.5 Configuração estrutural base e dinâmica organizacional</b> .....	57
8.5.1 Componentes básicas e forças actuantes .....	58
8.5.2 Tipo de configuração e mecanismos de coordenação .....	60
<b>8.6 Actividade e recursos</b> .....	61
8.6.1 Valências e especialidades.....	61
8.6.2 Recursos e meios .....	62
8.6.3 Indicadores de Gestão.....	62
<b>CAPÍTULO IX INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E CONTROLO</b> .....	64
<b>9.1 Plano de Actividades</b> .....	64
<b>9.2 <i>Tableau de Bord</i></b> .....	64
<b>9.3 Limitação dos instrumentos</b> .....	65
<b>CAPÍTULO X ANÁLISE E DIAGNÓSTICO</b> .....	66
<b>10.1 Introdução</b> .....	66
<b>10.2 Análise SWOT</b> .....	66
10.2.1 Pontos fortes .....	66
10.2.2 Pontos fracos.....	67
10.2.3 Oportunidades.....	67
10.2.4 Ameaças.....	68
<b>QUARTA PARTE</b> .....	69
<b>Solução proposta para o Serviço de Saúde</b> .....	69
<b>CAPÍTULO XI <i>BALANCED SCORECARD</i></b> .....	70
<b>11.1 Objectivos</b> .....	70
11.1.1 Sistema de Gestão Estratégica.....	70
11.1.2 Alinhamento estratégico .....	71
11.1.3 Qualidade dos Cuidados e Ganhos em Saúde .....	72
<b>11.2 Componentes</b> .....	73

11.2.1 Perspectivas .....	73
11.2.2 Estratégia e Objectivos Estratégicos.....	74
11.2.3 Indicadores Estratégicos .....	75
11.2.4 Factores Críticos de Sucesso .....	76
11.2.5 Relações de causa e efeito .....	76
<b>11.3 <i>Balanced Scorecard</i> para o Serviço de Saúde.....</b>	<b>76</b>
<b>CAPÍTULO XII MAPAS COMPLEMENTARES AO <i>BALANCED SCORECARD</i> .....</b>	<b>79</b>
<b>12.1 Mapa Estratégico .....</b>	<b>79</b>
<b>12.2 Mapa de Objectivos Estratégicos .....</b>	<b>80</b>
<b>12.3 Mapa de Indicadores Chave de Desempenho .....</b>	<b>81</b>
<b>CAPÍTULO XIII ETAPAS PRÉVIAS À IMPLEMENTAÇÃO DO <i>BALANCED SCORECARD</i>.....</b>	<b>82</b>
<b>QUINTA PARTE.....</b>	<b>84</b>
<b>Conclusões.....</b>	<b>84</b>
<b>CAPÍTULO XIV SÍNTESE GLOBAL DO TRABALHO .....</b>	<b>85</b>
<b>CAPÍTULO XV LIMITAÇÕES DO TRABALHO .....</b>	<b>88</b>
<b>CAPÍTULO XVI SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....</b>	<b>89</b>
<b>CAPÍTULO XVII CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>97</b>
<b>Anexo I – Plano de Actividades - Objectivos .....</b>	<b>98</b>
<b>Anexo II – Listagem de Acções a Desenvolver.....</b>	<b>99</b>
<b>Anexo III – Proposta de Orçamento/Execução Orçamental .....</b>	<b>100</b>
<b>Anexo IV – Plano de Actividades - Execução .....</b>	<b>101</b>
<b>Anexo V – Plano de Actividades – Variação Objectivos/Execução .....</b>	<b>102</b>
<b>Anexo VI – <i>Tableau de Bord</i> .....</b>	<b>103</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - As perspectivas do BSC e os respectivos objectivos .....	17
Tabela 2 - Perspectiva Financeira .....	18
Tabela 3 - Perspectiva do Cliente .....	19
Tabela 4 - Perspectiva dos Processos Internos .....	21
Tabela 5 - Perspectiva da Aprendizagem e Desenvolvimento Organizacional .....	22
Tabela 6 - As Perspectivas do BSC: As diferenças entre o Sector Público e o Sector Privado .....	37
Tabela 7 - Valências e especialidades do Serviço de Saúde .....	61
Tabela 8 - Indicadores de Gestão do Serviço de Saúde – Ano de 2008 e 1º Trimestre 2008/09 .....	63

## Índice de Figuras

Figura 1 - Fases da evolução do <i>Balanced Scorecard</i> .....	12
Figura 2 - A sequência do <i>Balanced Scorecard</i> .....	13
Figura 3 - Tradução da visão e estratégia: quatro perspectivas .....	16
Figura 4 - Exemplo de Mapa Estratégico .....	24
Figura 5 - Os quatro processos de gestão estratégica do <i>Balanced Scorecard</i> como Sistema de Gestão Estratégica .....	27
Figura 6 - Adaptação do <i>Balanced Scorecard</i> a organizações sem fins lucrativos ..	34
Figura 7 - Estrutura do <i>Balanced Scorecard</i> no Sector Público .....	36
Figura 8 - O <i>Balanced Scorecard</i> do <i>May Institute</i> .....	38
Figura 9 - O <i>Balanced Scorecard</i> do <i>Duke Children's Hospital</i> .....	40
Figura 10 - O <i>Balanced Scorecard</i> do <i>Montefiore Hospital</i> .....	41
Figura 11 - Estrutura do <i>Balanced Scorecard</i> tipo para uma entidade de saúde sem fins lucrativos .....	43
Figura 12 - Organograma do Serviço de Saúde .....	57
Figura 13 - Configuração Estrutural Base do Serviço de Saúde .....	58
Figura 14 - Mapa da cidade de Lisboa com a localização geográfica dos Centros e Extensões de Saúde do Serviço de Saúde .....	60

Figura 15 - Distribuição do Pessoal do Serviço de Saúde pelos principais grupos profissionais em 01.03.2009 .....	62
Figura 16 - O <i>Balanced Scorecard</i> do Serviço de Saúde .....	77
Figura 17 - O Mapa Estratégico do Serviço de Saúde .....	79
Figura 18 - O Mapa de Objectivos Estratégicos do Serviço de Saúde .....	80
Figura 19 - O Mapa de Indicadores Chave de Desempenho do Serviço de Saúde ..	81

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AD – Apoio Domiciliário

BSC – *Balanced Scorecard*

CESS – Conselho Executivo do Serviço de Saúde

CS – Centros de Saúde

CSD – Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTCS – Conselho Técnico do Centro de Saúde

ES – Extensões de Saúde

ME – Mapa Estratégico

MICD – Mapa de Indicadores Chave de Desempenho

MOE – Mapa de Objectivos Estratégicos

NAAT – Núcleo de Assessoria e Apoio Técnico

SCE - Sistema de Comunicação da Estratégia

SGE – Sistema de Gestão Estratégica

SGM – Sistema de Gestão da Mudança

SI – Sistemas de Informação

SMP – Sistema de Medição da Performance

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TDB – *Tableau de Bord*

USF – Unidades de Saúde Familiares

## **Introdução**

A globalização dos mercados e a crescente competitividade das organizações têm suscitado o aparecimento de novas metodologias que pretendem resolver as questões ligadas à medição, acompanhamento e avaliação da performance organizacional, enquadradas numa perspectiva de formulação e implementação de estratégias.

O Relatório de Projecto que se apresenta diz respeito a um trabalho de âmbito empresarial e tem como objecto de estudo um Serviço de Saúde sem fins lucrativos, que actua na área da prestação de cuidados de saúde. Procede-se à caracterização e diagnóstico do serviço e apresenta-se uma solução, a partir da análise efectuada e assente na Revisão da Literatura, constituída pelo *Balanced Scorecard* e por quatro mapas complementares, interligados entres si: Mapa Estratégico, Mapa de Objectivos Estratégicos e Mapa de Indicadores Chave de Desempenho.

A questão fundamental que se coloca é identificar se as ferramentas de medição e avaliação da performance organizacional que existem no Serviço de Saúde, são suficientes e adequadas, e se encontram devidamente alinhadas estrategicamente, fornecendo informação relevante para a gestão e tomada de decisão.

Face a esta problematização, torna-se pertinente efectuar este trabalho final de mestrado, elegendo como objectivo geral: definir e apresentar uma ferramenta de gestão que proporcione a eficiência e a eficácia na utilização dos recursos, de forma equilibrada e alinhada, e que seja conducente a uma efectiva gestão da performance organizacional, traduzindo-se num sistema de gestão estratégica.

O *Balanced Scorecard* surge assim como uma ferramenta de gestão capaz de dar resposta à problematização, e deste modo, assegurar o objectivo deste trabalho, ao partir de teorias estabelecidas, ligando e estruturando os conceitos para suportar teoricamente a análise que é efectuada, constituindo assim a Revisão da Literatura.

A estratégia de pesquisa assenta num estudo de caso, procedendo-se a uma investigação e descrição da situação actual, resultante da análise e diagnóstico efectuados, validados junto dos órgãos de chefia e de profissionais que desempenham funções no Serviço de Saúde.

Constituindo o tema central deste trabalho, o *Balanced Scorecard*, que se concebe para o Serviço de Saúde, considera os contributos da gestão de topo, das chefias e de

colaboradores deste serviço, correspondendo deste modo, ao que efectivamente é pretendido e desejável. Esta metodologia é adoptada para os restantes instrumentos que acompanham o *Balanced Scorecard* e que, pelo seu conteúdo e importância, se tornam indissociáveis e complementares a este modelo.

Não obstante o *Balanced Scorecard* seja uma ferramenta vocacionada para as grandes empresas e organizações, o seu ajustamento e adaptação ao Serviço de Saúde, em estudo, poderá trazer um contributo importante para a teoria, na medida em que, as referências relativamente à adaptação deste instrumento a organizações que actuam na área da saúde, no nosso país, não são abundantes.

Neste âmbito, também ao nível da prática, este trabalho final de mestrado poderá ter relevância, já que, a implementação do *Balanced Scorecard* e dos mapas que o acompanham, agora concebidos de forma adaptada, com o estabelecimento de um conjunto de etapas prévias à sua implementação, conduzirá a melhorias importantes e de natureza inovadora, a médio e longo prazo, para o Serviço de Saúde.

**PRIMEIRA PARTE**

**Revisão da Literatura**



## **CAPÍTULO I A ABORDAGEM *BALANCED SCORECARD***

### **1.1 O *Balanced Scorecard***

#### **1.1.1 Contexto e antecedentes**

A importância da avaliação do desempenho organizacional e a medição da performance, em articulação com o sistema de gestão estratégica, constituem um ponto essencial da actividade de gestão em qualquer tipo de organização, seja pública, privada, ou sem fins lucrativos. De facto, o sucesso de uma organização depende, não apenas da sua capacidade de gerir estrategicamente os seus recursos, mas também dos instrumentos que dispõe e utiliza para avaliar e medir a sua performance organizacional.

A medição do desempenho das organizações, como um processo inerente à gestão com vista à melhoria do desempenho empresarial, tem constituído, desde há muito, uma preocupação, não apenas para os gestores, mas também, para os investigadores académicos.

Até aos anos oitenta, os sistemas de gestão eram baseados exclusivamente em indicadores económico-financeiros de aferição do desempenho passado, retirados dos relatórios e demonstrações financeiras: o sistema tradicionalmente usado para a avaliação de desempenho – *Financial Reporting* – apresentava limitações na medida em que se baseava em indicadores financeiros e numa perspectiva histórica do desempenho; o *Tableau de Bord* (TDB), criado e desenvolvido em França, como uma ferramenta precursora do BSC, na medição do desempenho de organizações, não se apresentava como adequado às diferentes dimensões que o conceito de performance traduz. Estes sistemas, assentes na concepção clássica do modelo contabilístico, tinham por objectivo, a correcta afectação dos recursos materiais e financeiros e estavam mais vocacionados para proporcionarem uma visão histórica do desempenho do que para comunicarem a estratégia do negócio (Jordan, Neves e Rodrigues, 2007).

Porém, durante a década de oitenta, começou a verificar-se a necessidade de incorporar nos sistemas de medição um conjunto de valores intangíveis que não podiam ser lidos através das demonstrações financeiras (Pinto, 2007). Face a uma mudança profunda na economia e na gestão das organizações, os sistemas tradicionais de gestão, baseados em indicadores de ordem financeira, revelaram-se insuficientes para aferir o desempenho e o sucesso.

Segundo Martins (2002), Malina e Selto (2001), uma das críticas à análise financeira tradicional, baseada em rácios, resulta da insuficiência dos indicadores financeiros como medida de desempenho, tornando-se necessário a introdução de outros indicadores de desempenho. De facto, a razão da inadequação dos sistemas tradicionais prende-se com o facto dos factores críticos dependerem, designadamente, de factores intangíveis, tais como, a qualidade dos serviços e produtos, a satisfação e fidelização dos clientes, a capacidade de resposta atempada e a eficiência dos processos internos, e a motivação dos colaboradores (Carvalho e Azevedo, 2001).

A necessidade de ter em conta outros factores críticos, de natureza não financeira, é reforçada por Sousa e Rodrigues (2002), já que, segundo estes autores, os sistemas tradicionais de âmbito financeiro focalizam-se nos resultados e não nos processos, o que impossibilita a identificação dos estrangulamentos no progresso da empresa, comprometendo o alcançar dos objectivos estratégicos. Aspectos como o aumento da concorrência, a falta de inovação, a qualidade e a satisfação dos clientes estavam em declínio, o que colocava em causa os resultados financeiros e reforçava a necessidade das empresas possuírem sistemas de informação integrados com a estratégia e não apenas ferramentas que reflectiam o desempenho passado (Drucker, 1995).

No final da década de oitenta e início dos anos noventa, face a mudanças profundas nos negócios e a uma crescente competitividade, as organizações não podiam continuar a basear-se exclusivamente em indicadores financeiros, reconhecendo que a nova realidade das estratégias e da competitividade requerem novos sistemas de medição (Eccles, 1991).

Para ajudar a resolver este tipo de dificuldades, e na sequência de pesquisas encomendadas por doze das maiores empresas norte-americanas<sup>1</sup>, com o objectivo de complementar as medidas financeiras tradicionais para assim melhorar o processo de tomada de decisão, surge o primeiro estudo em 1990 sobre o BSC, liderado por David Norton, consultor da zona de Boston, e pelo professor Robert Kaplan da Universidade de Harvard. A síntese das conclusões desse estudo foi publicada no início do ano de 1992, num artigo na *Harvard Business Review*, com o título “*The Balanced Scorecard* –

---

<sup>1</sup> As empresas que participaram no estudo foram apresentadas pelo Professor Rivadeneira (2000) da *Universidad de la Sabana* na *I Jornada de Actualización de Ingeniería Industrial*, na Colômbia: Advanced Micro-Devices, American Standard, Apple Computer, Bell South Corporation, CICNA Corporation, Conner Peripherals, Cray Research, DuPont, Electronic Data Systems (EDS), General Electric, Hewlett Packard, e Shell Canada.

*Measures That Drive Performance*” (Kaplan e Norton, 1992), constituindo o primeiro artigo sobre a criação do BSC.

Destas constatações, emerge uma nova abordagem, da qual resulta o conceito do BSC, apresentado por Kaplan e Norton, e que representa uma evolução positiva sobre o TDB e outros quadros de comando e de avaliação de desempenho. Os autores partiram da premissa de que os indicadores financeiros são insuficientes para um sistema de gestão de desempenho (Kaplan e Norton, 2001), pois traduzem-se em indicadores de resultados passados dando preferência ao desempenho de curto prazo. A abordagem do BSC complementa aqueles indicadores com medidas para o desempenho futuro, que potenciem a criação de valor.

Os gestores e investigadores reconhecem como essencial dispor de sistemas de medida multidimensional, na avaliação do desempenho empresarial, e esta problemática tem merecido a atenção de diversos autores em Portugal, com trabalhos publicados nos domínios do controlo de gestão, gestão e desempenho empresarial, contabilidade, e a importância do factor humano nas organizações<sup>2</sup>.

### **1.1.2 Conceito**

O BSC surge em 1992 como uma metodologia de medição e avaliação do desempenho das empresas e organizações, fornecendo informação de gestão, financeira e não financeira, essencial para um bom desempenho organizacional.

Os criadores e impulsionadores desta metodologia, Kaplan e Norton (1992), definem o BSC como uma ferramenta de gestão que fornece uma visão global e integrada do desempenho organizacional, aos gestores de topo, de acordo com a perspectiva financeira e com a inclusão de três novas perspectivas não financeiras – Clientes, Processos Internos, Aprendizagem e Desenvolvimento Organizacional, com o objectivo de proporcionar uma gestão eficaz da performance organizacional.

As quatro perspectivas definidas por Kaplan e Norton (1992) estão relacionadas entre si, através de relações de causa e efeito, sendo definidos objectivos e indicadores

---

<sup>2</sup> Há diversos trabalhos publicados no âmbito do uso de indicadores não financeiros na avaliação de desempenho, por diversos investigadores, tais como, Neves (2000a) (2000b), Martins (2002), Freire (1998), Carvalho e Azevedo (2001), Ramos e Gonçalves (2002), Madeira (2000), Sousa e Rodrigues (2002).

com a fixação de metas em cada uma. O BSC engloba indicadores de resultados<sup>3</sup> (*lagging indicators*), que reflectem as acções passadas, e indicadores de processos ou meios, os indutores<sup>4</sup> (*leading indicators*), num mix equilibrado de indicadores de resultados (*outcomes*) e indutores de desempenho (*performance drivers*) que são determinantes para um bom desempenho futuro, procurando ligar o controlo operacional das acções de curto prazo com a visão e estratégia de longo prazo.

Ainda segundo os fundadores do BSC, Kaplan e Norton (1992, 1996b), este modelo é complementar aos sistemas de gestão baseados exclusivamente em medidas financeiras tradicionais, já que assenta na definição e utilização equilibrada de um conjunto de indicadores financeiros e não financeiros, proporcionando aos gestores de topo uma visão global da empresa, da evolução e da estratégia organizacional, permitindo deste modo uma melhoria do processo de tomada de decisão nas organizações.

Desde o surgimento do modelo, verificou-se um particular e crescente interesse, quer no mundo empresarial, quer no meio académico.

Diversos autores, além de Kaplan e Norton, estudaram o BSC e definiram-no como um sistema complementar às medidas financeiras, fornecendo informação de gestão que proporciona uma rápida e melhor compreensão do negócio e da estratégia organizacional (Lipe e Saltério, 2000; Johnsen, 2001; Banker, Chang e Pizzini, 2004). Para o professor e consultor internacional Rivadeneira (2000), trata-se de uma forma integrada, balanceada e estratégica de medir o progresso actual e fornecer gestão futura da empresa, que lhe permitirá converter a visão em acção através de um conjunto coerente de objectivos, indicadores e iniciativas.

Segundo Atkinson e Epstein (2000), um dos aspectos mais importantes do BSC é o facto de permitir medir as relações entre os resultados e as actividades operacionais, comunicá-las aos gestores de nível operacional e facultar o processo de aprendizagem sobre essas relações. Para Simons (1995), o objectivo de um sistema de avaliação de desempenho, é acompanhar e avaliar a implementação da estratégia, incentivando a

---

<sup>3</sup> Os indicadores de resultados traduzem os objectivos finais da estratégia da organização – Perspectiva Financeira, sendo a consequência do nível de desempenho de outras áreas.

<sup>4</sup> Os indicadores de processos ou meios são os indutores que irão originar determinar resultado no futuro, estando associados às três perspectivas não-financeiras – Clientes, Processos Internos e Aprendizagem e Desenvolvimento Organizacional.

comunicação, a motivação e o alinhamento estratégico das iniciativas operacionais, e sob esta óptica, o modelo BSC cumpre integralmente estes parâmetros.

O desempenho organizacional tem de contemplar indicadores e medidas de desempenho não financeiras, devendo ser escolhidas de modo coerente com a visão, a missão e a estratégia organizacional, não podendo ser gerido apenas por medidas financeiras (Lipe e Saltério, 2000; Wilson, Hagarty e Gauthier, 2003; Banker, Chang e Pizzini, 2004). Para Norreklit (2000), é a relação de causa-efeito que distingue o BSC de outros sistemas de avaliação estratégica.

Para a gestão estratégica, a abordagem BSC é fundamental na medida em que se caracteriza por traduzir a visão e comunicar a missão e a estratégia das empresas, num conjunto de indicadores críticos de performance e medidas de desempenho (Johnsen, 2001). O modelo BSC permite que o processo de tomada de decisão seja baseado em informação estratégica ao estabelecer uma interligação das medidas de desempenho com os objectivos, assente na estratégia global da empresa (Banker, Chang e Pizzini 2004).

Existe um conjunto de características no BSC, apontadas por Ramos e Gonçalves (2002), e por Carvalho e Azevedo (2001), que importa destacar:

- Focaliza-se no essencial da gestão e privilegia os factores que criam valor estratégico a longo prazo, direccionando as sinergias para a consecução dos objectivos e comunicando de forma clara a missão e a estratégia global a todos os níveis da organização;
- Transforma a missão e a estratégia da organização em objectivos e indicadores que se encontram incorporados nas quatro perspectivas;
- Gera um encadeamento de acções e decisões, através das relações de causa-efeito, conducentes ao cumprimento da estratégia;
- Estabelece relações de causalidade entre as quatro perspectivas e um equilíbrio e ponderação de medidas financeiras com as não financeiras;
- Complementa os indicadores financeiros de situação passada com factores intangíveis, indutores de actuação futura, relacionados com a situação competitiva e a capacidade de inovação, para alcançar aqueles indicadores, numa perspectiva global e de ligação a aspectos estrategicamente importantes;

- Apresenta um núcleo reduzido de indicadores considerados fundamentais, que são mais abrangentes, mensuráveis e controláveis.

Este modelo de avaliação de desempenho e de gestão estratégica, ao propiciar a interligação de um conjunto de medidas de desempenho, de activos intangíveis com os tangíveis e a sua articulação com a estratégia organizacional, estabelece uma relação de causa-efeito entre as medidas incorporadas e a estratégia. É neste sentido que o BSC é considerado como um Sistema de Gestão Estratégica.

Em suma, o BSC apresenta-se como um sistema multidimensional de avaliação de desempenho, assente em indicadores financeiros e não financeiros enquadrados nas quatro perspectivas referidas, que estabelece um conjunto de relações de causa-efeito entre as medidas de desempenho incorporadas, os objectivos que se pretendem alcançar e a estratégia global. Este modelo permite uma visão global da organização, está focalizado no essencial da gestão, e tem como objectivo, proporcionar aos gestores de topo uma melhoria do desempenho organizacional e um processo de tomada de decisão baseado em informação de natureza estratégica.

### **1.1.3 Justificação**

A capacidade de gerir estrategicamente os recursos disponíveis de uma organização determina a necessidade de medição e avaliação do desempenho organizacional, sendo este um ponto essencial da actividade de gestão. Nesta linha de pensamento, Lawton (2002) refere os seguintes motivos como os mais relevantes para medir o desempenho das organizações: alinhar a missão, a estratégia, os valores e comportamentos; aperfeiçoar processos, produtos e resultados; e quantificar os sucessos ou os fracassos atingidos.

De acordo com Kaplan e Norton (2001), o surgimento e desenvolvimento do BSC é motivado, fundamentalmente, por dois factores:

- A incorporação de um conjunto de medidas de desempenho interligadas entre si e articuladas com a estratégia, estabelecendo assim um conjunto de relações de causa-efeito entre essas medidas e a estratégia organizacional, com o objectivo de complementar outros sistemas de desempenho;
- A interligação dos factores intangíveis, essenciais à criação de vantagens competitivas, com os activos tangíveis, de forma a produzir valor estratégico a longo prazo.

O BSC apresenta-se como um novo paradigma, capaz de dar resposta aos gestores de topo, nos seus anseios e preocupações em gerir as organizações de forma sustentada e competitiva, analisando os factores tangíveis de acções passadas e também as medidas para acções futuras. Estes factores estão assentes numa estratégia global, propícia à definição de metas concretas e objectivos a alcançar, e posicionam este modelo como a base para atingir o sucesso. Segundo Rigby (2001) e Speckbacher, Bischof e Pfeiffer (2003), o BSC é o sistema de gestão da performance mais utilizado em todo o mundo.

#### **1.1.4 Evolução**

Perante as limitações dos sistemas tradicionais de avaliação existentes, e face ao sucesso na adesão ao BSC, foram surgindo inúmeras publicações sobre o tema, que assim foram aperfeiçoando esta ferramenta de gestão. Por outro lado, com a sua vocação em contexto operacional, a implementação do BSC foi rápida com a intervenção de consultores (Malmi, 2001), decisiva para a sua divulgação, através de livros e artigos, seminários e outros meios, tendo assim contribuído, também, para o sucesso da aplicação desta ferramenta no meio empresarial.

O BSC foi acompanhando as mudanças organizacionais na medida em que, com a sua rápida implementação e desenvolvimento generalizado em organizações do mundo inteiro, gerou-se uma plataforma de conhecimento<sup>5</sup> que se traduziu numa evolução sequencial das práticas e conceitos apresentados por Kaplan e Norton nos seus livros e artigos publicados (Pinto, 2007).

No início da década de noventa, o BSC foi apresentado como um simples Sistema de Medição da Performance (SMP). Nesta fase inicial, a essência do BSC estava na criação de um novo conceito de medição e avaliação que passou a integrar factores intangíveis, equilibrando e interligando indicadores financeiros e não financeiros, conforme já referido, proporcionando aos gestores o visionamento das estratégias de longo prazo em articulação com as acções de curto prazo.

Decorridos quase dois anos da introdução do BSC, e com base nos resultados da sua implementação em diversas empresas, os seus autores, Kaplan e Norton, reforçam as potencialidades do modelo e consideram-no um verdadeiro sistema de gestão que interage com diferentes processos e metodologias conducentes a melhorias profundas

---

<sup>5</sup> Partilhada por autores, investigadores, académicos, consultores, implementadores e criadores de *software*.

em áreas críticas, colocando-o numa plataforma superior à de simples medição da performance (Kaplan e Norton, 1993). Este modelo evolui assim rapidamente para um instrumento de gestão estratégica, ao conseguir transpor os objectivos estratégicos para todos os níveis operacionais da organização, colocando no centro das atenções dos gestores, não o controlo, mas um conjunto de valores da empresa, como sejam, a estratégia e a visão.

Perante o fenómeno da globalização económica e concorrencial, e considerando a importância crucial da integração de todas as dimensões que estão envolvidas na gestão das organizações, o BSC veio apresentar-se, não apenas como um sistema de medição do desempenho, mas também como um sistema de gestão estratégica, proporcionando a inovação necessária à mudança e ao sucesso futuro (Chow, Haddad & Williamson, 1997).

Assim, a primeira evolução do BSC ocorre na segunda metade da década de 90 e atribui a este modelo o papel de Sistema de Gestão Estratégica (SGE), passando a ser usado como um instrumento para gerir a estratégia, situando-se num patamar acima do SMP com que foi inicialmente criado. Cada uma das perspectivas passou a incluir os objectivos, as medidas, as metas e as iniciativas, tendo a visão e a estratégia sido colocadas no centro do BSC. Este modelo passa a apoiar-se em quatro novos processos (Kaplan e Norton, 1996a, 1996b): Traduzir a visão; Comunicar e alinhar; Planeamento; *Feed-back* e aprendizagem.

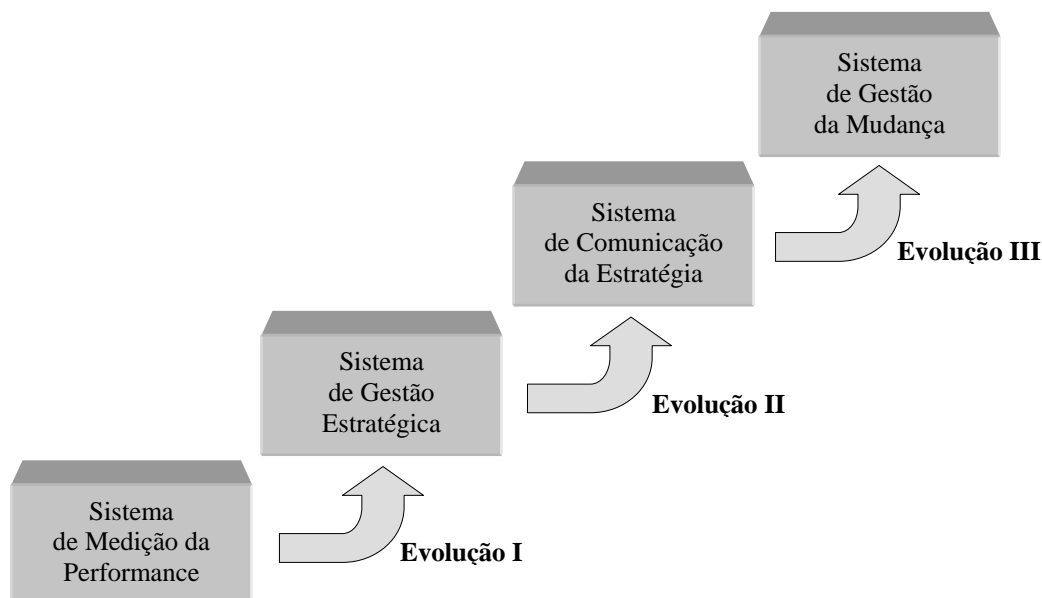
Neste período, surge um novo instrumento, criado por Kaplan e Norton (2000a), que se tornou imprescindível em qualquer implementação – o Mapa Estratégico. Este processo ocorre na segunda metade dos anos 90, e traduz-se no segundo momento de evolução do BSC: O SGE assume-se como um Sistema de Comunicação da Estratégia (SCE). Em resultado do seu desenvolvimento por conceituados gestores e consultores, o BSC torna-se por excelência num mecanismo de comunicação de estratégias (Kaplan e Norton, 1996b).

No momento actual, e no seguimento de todo este percurso, surge o terceiro nível de evolução do BSC que constitui o seu mais recente posicionamento captado por Kaplan e Norton (2006): um Sistema de Gestão da Mudança (SGM). Presentemente, o principal desafio das organizações reside no alinhamento de pessoas, processos e infra-



estruturas, com a estratégia, visando a melhoria da performance. E todo este processo gera necessariamente mudança, e a mudança, por sua vez, tem de ser gerida.

As diversas fases de evolução do BSC são ilustradas na figura seguinte.



**Figura 1** – Fases da evolução do Balanced Scorecard.

Fonte: Adaptado de Pinto (2007).

Desde a sua criação e até aos dias de hoje, o BSC tem-se assumido como figura central da gestão da performance, constituindo-se como o eixo principal de sistemas integrados da performance ao comunicar e avaliar a execução da estratégia, ao alinhar e interagir com pessoas e outras metodologias de melhoria, levando à criação de um quadro de comando estratégico adaptável a qualquer tipo de organização.

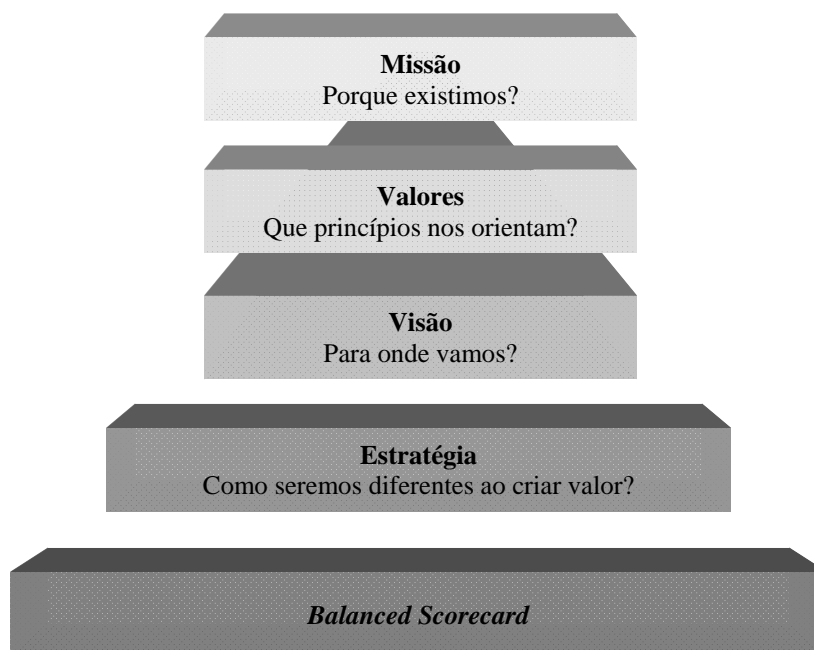
O principal enfoque do BSC, no momento actual e que se poderá prever que continue para os próximos anos, é o alinhamento, continuando a ser este o paradigma para o futuro, já que a introdução recente de novos conceitos e metodologias por Kaplan e Norton (2006), vem constituir um forte factor de atracção para toda e qualquer tipo de organização, seja privada, pública ou sem fins lucrativos.

## **1.2 Os pilares do *Balanced Scorecard***

Os pilares do BSC que suportam toda a estrutura de uma organização, de acordo com os seus criadores, Kaplan e Norton (1996a), são a missão, os valores e a visão. A estratégia surge nesta sequência assumindo-se como a concretização da visão. A declaração da missão é o ponto de partida para o desenvolvimento do BSC e deverá

estar suportada num conjunto de valores que guiam a organização, seguindo-se a definição da visão que irá determinar as prioridades necessárias à sua concretização, através da formulação estratégica.

A Figura 2 ilustra a sequência lógica, desde a declaração da missão ao BSC.



**Figura 2** – A sequência do *Balanced Scorecard*.

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (2000); Pinto (2007).

### 1.2.1 A Missão

Martins (2006) consideram que a missão não é mais do que a razão de ser da organização, tendo como propósito explicar porque é que a empresa/organização existe e qual o seu papel na sociedade. Ainda segundo estes autores, uma missão claramente definida dá significado ao trabalho quotidiano, torna-se um instrumento de atracção e motivação, gerador de trabalho em equipa. A missão reveste-se de um carácter intemporal, relativamente estável, podendo assim constituir um estímulo e uma inspiração para o progresso contínuo. A missão define o propósito que a organização está encarregada de levar a cabo.

A actuação dos colaboradores e as actividades da organização devem estar enquadradas no que é definido como missão e constituem o primeiro passo para a construção do BSC e o ponto de partida da formulação estratégica. A missão tem que estar presente no BSC de qualquer organização, pois constitui o ponto de partida para a estratégia, na medida em que, orienta as pessoas e focaliza toda a organização na acção.

No sector público e nas entidades não lucrativas, a missão adquire um particular enfoque e uma importância mais crucial que no sector privado, já que este tipo de organizações estão totalmente orientadas para a missão. Neste contexto, a missão é vista como um pilar do sistema de gestão da performance e poderá assim surgir como uma quinta perspectiva, posicionando-se no topo das quatro perspectivas do BSC (Niven, 2003), para a qual terão que convergir os objectivos, metas e iniciativas fixados nas outras perspectivas.

### **1.2.2 Os Valores**

Os valores constituem o segundo pilar do BSC e devem estar interligados com a missão para assim proporcionar uma continuidade lógica. Para Pinto, (2007), os valores são princípios intemporais que guiam uma organização, representando crenças profundamente enraizadas que são evidenciadas nos comportamentos dos colaboradores e que constituem o reflexo público do que a organização espera dos mesmos.

Segundo Carvalho e Filipe (2006), os valores são o conjunto de sentimentos que estruturam, ou pretendem estruturar, a cultura e a prática da organização. Os valores são relativamente estáveis e intemporais, podendo permanecer inalterados durante anos, e procuram definir aquilo em que a organização acredita, as atitudes, as normas de comportamento e convicções dos colaboradores, seja no domínio das questões empresariais, sociais, éticas, ou outras.

Como exemplos de valores, Pinto (2007) identifica os seguintes: responsabilidade, integridade, transparência, comunicação, excelência, respeito, transparência, dedicação, desenvolvimento profissional, equilíbrio trabalho/vida familiar. A estes exemplos, podemos ainda acrescentar: o primado do cliente e da sua satisfação, a cooperação com os fornecedores, a liderança de mercados, a rapidez de processos, a prioridade à inovação, o respeito pelo meio ambiente, a ética nos negócios.

Na vida das organizações, pode ocorrer encobrimento ou ocultação de valores, ou ainda, alguma contradição entre os valores declarados e a prática organizacional, o que se repercute em impactos negativos muito fortes, quer para os *stakeholders*<sup>6</sup>, quer para a

---

<sup>6</sup> Os *stakeholders* são actores chave ou parceiros que compõem um sistema e o vão modificando, interagindo entre si, influenciando e partilhando o controlo sobre iniciativas de desenvolvimento que têm a ver com decisões e recursos que os afectam (Escoval, 2003).

opinião pública em geral. A actuação da gestão de topo é fundamental para a difusão e prática dos valores da organização.

### **1.2.3 A Visão**

A visão pode ser definida como um futuro ideal desejado, sendo construída após a declaração da missão e a proclamação dos valores, constituindo, assim, outro conceito fundamental da gestão da performance e o terceiro pilar da estrutura do BSC (Pinto, 2007). A visão consiste na descrição do que a organização acredita e deseja ser no futuro, com a utilização dos recursos, produtos e serviços que tem ou virá a ter ao seu dispor para a sua concretização. Deve ser ambiciosa e dirigida para o médio/longo prazo.

A visão é o sonho ou imagem do futuro que nunca pode abandonar os membros da organização, e que estes devem transportar nas suas cabeças para qualquer lado, onde quer que estejam (Nair, 2004; Collins e Porras, 1996), traduzindo a forma como pretendem que os clientes os descrevam no futuro.

É a partir das grandes metas definidas na visão que a gestão de topo pode iniciar o processo de formulação estratégica. A partir da visão, são definidas as prioridades e os programas estratégicos que irão conduzir a organização para um futuro de sucesso desejado a médio e longo prazo. E para que o conteúdo da visão possa ser transposto e traduzido em termos operacionais, tem de ser desdobrado em perspectivas, objectivos e indicadores. A estratégia a desenvolver para operacionalizar a visão pode consistir em percorrer a distância que separa as respostas a algumas questões no presente e no futuro, como sejam<sup>7</sup>:

- Que públicos/utentes servimos hoje? E no futuro?
- Quais os canais utilizados hoje para servir os nossos clientes? E no futuro?
- Quem são os nossos competidores hoje? E no futuro?
- Qual é/será a nossa vantagem base para competir no futuro?
- Que competências nos fazem/farão únicos no futuro?
- Em que mercados e segmentos actuamos hoje? E no futuro?

A capacidade de gerir a continuidade e a mudança, em simultâneo, possibilita a criação de uma visão que, sendo bem articulada, fornece a orientação para aquilo que

---

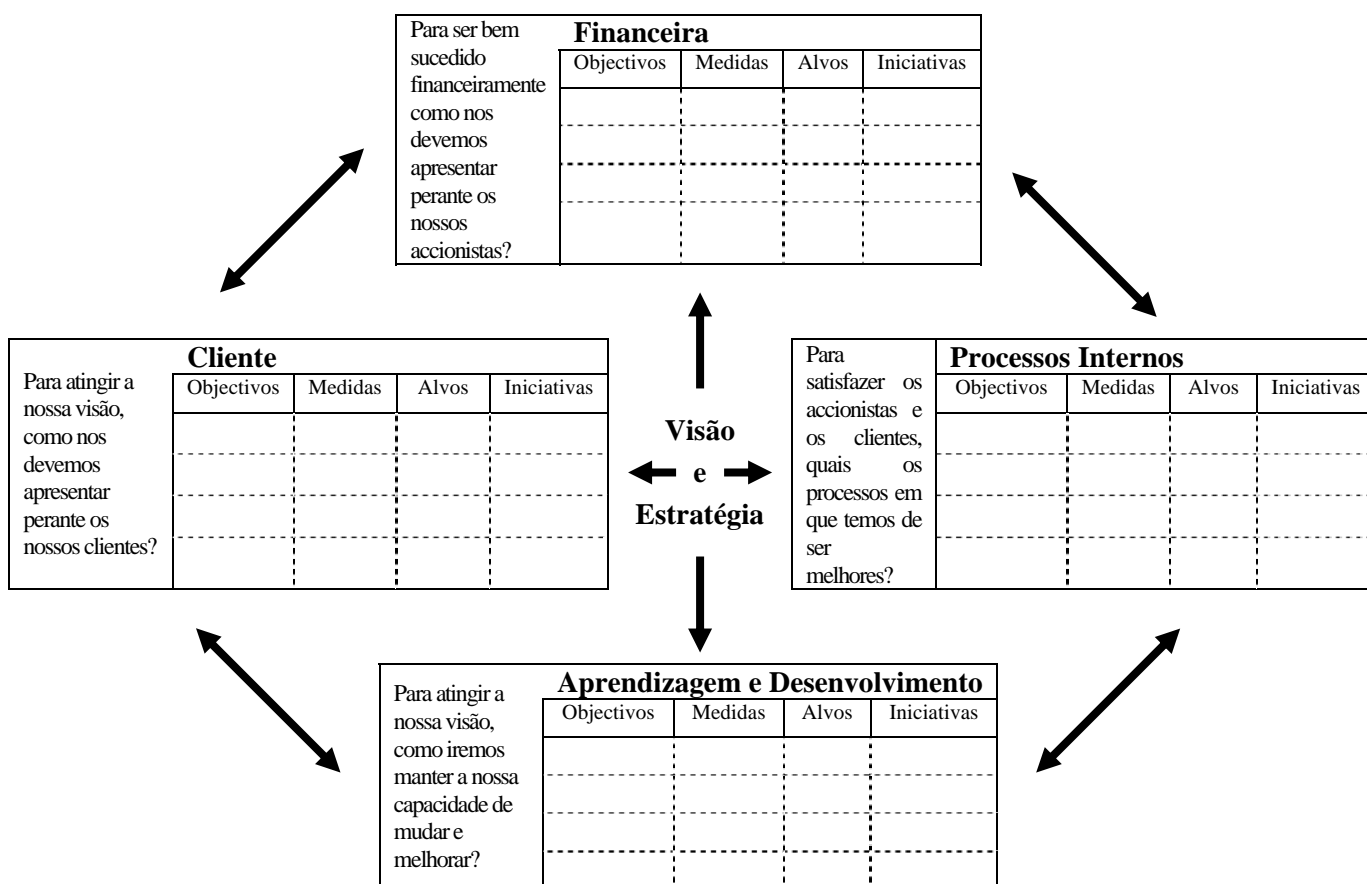
<sup>7</sup> Hamel e Prahalad (1994), reproduzidos em Martins (2006), apresentam algumas questões para operacionalizar a visão estratégica de uma organização.

deve ser preservado e a direcção a tomar para o desenvolvimento da organização (Martins, 2006).

### 1.3 Avaliação do desempenho organizacional. As quatro perspectivas

Em qualquer organização, o processo de avaliação do desempenho organizacional visa a introdução de melhorias, tendo como principal propósito apoiar o processo de tomada de decisão (Julnes e Jolzer, 2001) e proporcionar o processo de aprendizagem e desenvolvimento organizacional (Jackson, 1993).

O BSC é uma ferramenta direccionada para a gestão estratégica, utilizada para gerir a performance global da organização, e nesse sentido, procura dar uma visão global e integrada do desempenho organizacional e da estratégia das organizações. A visão e a estratégia constituem o ponto de partida para o desenvolvimento do BSC, que irá assentar, conforme já referido, sob quatro perspectivas – financeira, clientes, processos internos, e aprendizagem e desenvolvimento organizacional (Kaplan e Norton, 1996a).



**Figura 3 - Tradução da visão e estratégia: quatro perspectivas.**  
 Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1996a).

As quatro perspectivas, propostas por Kaplan e Norton, aparecem ligadas entre si através de relações de causa e efeito num conjunto coerente de objectivos e medidas de desempenho, dependendo a sua ordenação da missão e da estratégia da empresa. Para cada perspectiva, definem-se os objectivos a atingir e os indicadores chave de desempenho, que terão de funcionar de forma integrada e balanceada, proporcionando um equilíbrio entre as metas de curto prazo (operações) e a visão de longo prazo (estratégia), entre indicadores financeiros e indicadores baseados em valores intangíveis. O BSC permite definir iniciativas de curto prazo tendo em vista atingir os objectivos estratégicos (Banker *et al*, 2004), e conduz à criação de valor ao focalizar o investimento nos clientes e fornecedores, processos, tecnologias e inovação (Kaplan e Norton, 1996b).

Para cada uma das perspectivas, há uma questão que identifica o que se pretende medir, conforme descrita na Tabela 1.

**Tabela 1** – As perspectivas do BSC e as respectivas questões.

<b>Perspectivas</b>	<b>Questão</b>
Perspectiva Financeira	Como vemos os accionistas/investidores? ( <i>“How do we look to shareholders?”</i> )
Perspectiva do Cliente	Como é que os clientes nos vêem? ( <i>“How do costumers see us?”</i> )
Perspectiva dos Processos Internos	O que precisamos de melhorar? ( <i>“What must we excel at?”</i> )
Perspectiva da Aprendizagem e Desenvolvimento Organizacional	Podemos continuar a melhorar e a criar valor? ( <i>“Can we continue to improve and create value?”</i> )

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1992).

### **1.3.1 A Perspectiva Financeira**

Esta perspectiva está intimamente ligada com os interesses dos accionistas, que são essencialmente de natureza financeira. Pretende-se ter uma boa rendibilidade dos capitais investidos e, conseqüentemente, a satisfação dos accionistas.

Os indicadores financeiros constituem o ponto central desta perspectiva, sendo a avaliação do desempenho financeiro e a criação de valor o principal objectivo a atingir em organizações com fins lucrativos (Kaplan e Norton, 1997 e 2001; Mooraj, Oyon e Hostettler, 1999; Banker, Chang e Pizzini, 2004). Aqueles indicadores visam gerar o retorno do capital investido, representando os objectivos a longo prazo (Madeira, 2000).

Para Kaplan e Norton (2001), o incremento do valor das empresas para os seus accionistas depende do crescimento dos proveitos, que poderá ser conseguido através do aumento das vendas com penetração em novos mercados, novos clientes e novos produtos, e da produtividade. Consoante a fase do ciclo de vida da empresa apontada por Kaplan e Norton (1996b) - crescimento, maturidade e declínio, as medidas utilizadas nesta perspectiva, devem ser diferenciadas, seja tendo em conta o estágio em que a organização se encontra, seja atendendo aos objectivos financeiros que pretende alcançar (Kaplan e Norton, 1996b e 2001; Caudeli e Feliu, 2000; Jordan *et al*, 2007).

De uma forma simplificada, a Tabela 2 apresenta, para cada um dos principais objectivos estratégicos da perspectiva financeira, uma síntese dos factores críticos e possíveis indicadores de desempenho.

**Tabela 2** – Perspectiva Financeira.

<b>Objectivos Estratégicos</b>	<b>Factores Críticos</b>	<b>Indicadores de Desempenho</b>
Ser bem sucedido financeiramente de modo rentabilizar os activos e a maximizar o valor dos accionistas.	<b>Rendibilidade:</b> Capacidade de gestão de activos e resultados	RCI – Rendibilidade do Capital Investido RCP – Rendibilidade Capitais Próprios RV – Rendibilidade das Vendas RPA – Resultados por Acção Resultados líquidos/Meios Libertos
Maximizar o valor dos accionistas	<b>Criação de valor:</b> Capacidade de criação de valor para o accionista	EVA – <i>Economic Value Added</i> CVA – <i>Cash-Value Added</i> CFROI – <i>Cash-Flow Return on Investment</i> VA – Valor Acrescentado
Determinar e avaliar se a estratégia está a ser executada	<b>Crescimento:</b> Novos produtos e serviços alcançando novos clientes e mercados ou aumentando os actuais	Quota de mercado Volume de Negócios Taxa de crescimento do volume de negócios

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1996b); Caudeli e Vicente (2000); Jordan *et al* (2007).

Tratando-se de uma organização pública, privada ou sem fins lucrativos, a perspectiva financeira adquire uma abordagem diferente, podendo a missão ter uma importância crucial e deste modo, assumir-se como uma quinta perspectiva do BSC (Pinto, 2007). Contudo, a organização tem de prestar atenção aos factores que permitem alcançar os objectivos financeiros, e neste plano, as relações com os clientes constituem um meio para atingir o pretendido na área financeira.

### **1.3.2 A Perspectiva do Cliente**

Para a organização ser bem sucedida, necessita de conhecer os seus clientes e os factores que mais são valorizados por estes, sendo feita a análise do impacto desta

perspectiva com a utilização de indicadores como a satisfação, a fidelização e a retenção, a capacidade de captação (quota de mercado), e a rentabilidade dos clientes (Kaplan e Norton, 1996b; Lipe e Saltério, 2000; Norreklit, 2000). Kaplan e Norton (1996b) consideram ainda como factores determinantes para a satisfação dos clientes, mas não únicos, o prazo de entrega, a qualidade do produto/serviço prestado e o preço.

Nesta perspectiva, traduz-se o alinhamento pretendido entre os clientes e segmentos de mercado que se pretende servir e a natureza dos indicadores de desempenho utilizados. A identificação dos clientes, das suas necessidades e dos segmentos de mercado onde a empresa/organização pretende competir, constitui o principal objectivo desta perspectiva. Mas também importa definir como é que a organização deseja ser vista e apresentar-se aos seus clientes. Deste modo, torna-se necessário criar uma estratégia de gestão do cliente, segundo Norton (2005), procurando a satisfação e fidelização dos clientes através da criação de propostas de valor diferenciadoras.

A Tabela 3 apresenta uma síntese dos principais objectivos prioritários, factores críticos e respectivos indicadores de desempenho, para a perspectiva do cliente.

**Tabela 3** – Perspectiva do Cliente.

<b>Objectivos Estratégicos</b>	<b>Factores Críticos</b>	<b>Indicadores de Desempenho</b>
Melhorar a satisfação dos clientes, aumentando assim a rendibilidade	<b>Rendibilidade:</b> Carteira de clientes que contribua para o valor da empresa	EVA – <i>Economic Value Added</i> RVC – Rendibilidade Vendas/Cliente
Aumentar a satisfação dos clientes com os produtos e serviços da organização e a satisfação pós-venda	<b>Satisfação:</b> Elevados níveis de satisfação dos clientes	Índice de satisfação dos clientes Tempos de entrega/serviço Cumprimento dos prazos de entrega
Manter uma boa imagem e ser o fornecedor preferencial, manter boas relações com os clientes actuais e atrair novos clientes	<b>Retenção:</b> Capacidade para cativar novos clientes ou crescer nos clientes actuais	Quota de mercado Volume de negócios com novos clientes
Melhorar a imagem que os clientes têm da organização e aumentar o valor criado	<b>Fidelização:</b> Capacidade para manter os clientes actuais	Crescimento Volume de Negócios dos clientes actuais N.º <i>Repeat buyers</i> /N.º clientes ano

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1996b); Lipe e Saltério (2000); Norreklit (2000); Jordan *et al* (2007).

Na relação das organizações com os clientes, Hernandez, Cruz e Falcão (2000) consideram como fundamental as propostas de valor ao cliente<sup>8</sup>, sendo entendidas como os atributos dos produtos e serviços que consigam atrair o interesse dos clientes e gerar

<sup>8</sup> As propostas de valor ao cliente – *Customer value propositions*, representam os indutores dos resultados que a organização espera obter dos clientes, ajudando a interligar os processos internos.



bons resultados, o relacionamento com os clientes em termos de perceber as suas necessidades, e a imagem e reputação da organização que se traduz na capacidade da mesma comunicar e persuadir o público.

No caso de organizações sem fins lucrativos e orientadas para o cliente, a missão e visão estratégica são definidas com uma total focalização no serviço ao cliente (Kaplan, 2001; Niven, 2003), tornando-se esta perspectiva uma prioridade da gestão de topo.

### **1.3.3 A Perspectiva dos Processos Internos**

A perspectiva dos processos internos tem como finalidade a excelência dos mesmos que conduzam à satisfação, seja dos clientes, seja dos accionistas, ao centrar a sua atenção num conjunto de actividades relacionadas com os processos críticos internos de negócio. É necessário identificar os processos internos cruciais para alcançar os objectivos financeiros e aumentar a satisfação das necessidades dos clientes (Mooraj, Oyon e Hostettler, 1999).

O BSC contempla toda a cadeia de valor, onde se incluem procedimentos, culturas e processos internos, desde o processo de inovação de identificação das necessidades correntes e futuras dos clientes, passando pelas operações de produção e distribuição de produtos e serviços, até ao serviço de pós-venda (Kaplan e Norton, 1996b). A organização deve assegurar um serviço de qualidade em todas as vertentes (Kaplan e Norton, 1996b), otimizar as actividades que criam valor para o cliente, e eliminar as que não geram qualquer valor e que só produzem custos. É nesta perspectiva que se determina o que é necessário fazer internamente para exceder as necessidades e expectativas dos clientes (Brewer e Speh 2000).

Na identificação de novos processos, está implícita a incorporação de processos de inovação que irão contribuir para a criação de valor a longo prazo. Os indicadores de desempenho nesta perspectiva, e que são vectores de desempenho, abrangem toda a cadeia de valor e estão relacionados com os recursos dispendidos com o planeamento, investigação e desenvolvimento de novos produtos, capacidade de inovação, e também com a distribuição e qualidade do serviço de pós-venda, o tempo médio na produção, no desenvolvimento e lançamento de novos produtos e na resolução de problemas.

Diversos autores sugerem uma síntese de factores críticos, objectivos estratégicos e possíveis indicadores de desempenho, para a perspectiva dos processos internos, como se indicam na tabela seguinte.

**Tabela 4** – Perspectiva dos Processos Internos.

<b>Objectivos Estratégicos</b>	<b>Factores Críticos</b>	<b>Indicadores de Desempenho</b>
Identificar os processos internos adequados de forma a criar valor	<b>Organização:</b> A empresa existe para assegurar processos e não para acumular funções	<i>Lead Time</i> /Tempo do ciclo Prazos de execução Prazos de entrega Percentagem de novos produtos Período de tempo na resolução de problemas
Identificar os processos internos críticos que condicionam os objectivos financeiros	<b>Racionalização:</b> Actividades que não são geradoras de valor	Custo unitário dos produtos
Desenvolver os bens e serviços de forma eficiente e eficaz	<b>Qualidade:</b> Índices de aceitação do produto/serviço	Taxa de rejeições Conformidades % de recursos com o planeamento % de recursos com o desenvolvimento
Identificar os processos internos críticos nos quais a organização deve ser excelente	<b>Eficiência e eficácia:</b> Utilização dos recursos, da qual dependem os resultados	Produtividade Taxa de utilização da capacidade

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1996b); Lipe e Saltério (2000); Norreklit (2000); Jordan *et al* (2007).

### 1.3.4 A Perspectiva da Aprendizagem e Desenvolvimento Organizacional

A perspectiva de aprendizagem e desenvolvimento organizacional é a que proporciona a criação de valor acrescentado e por conseguinte, a consecução dos objectivos definidos nas três primeiras perspectivas, sendo assim o indutor dos resultados a obter através do BSC. Esta perspectiva estabelece relações cruciais de causa-efeito com as perspectivas anteriores e inclui um conjunto de valores intangíveis como sejam o capital humano, o capital informação e o capital organizacional.

Os empregados são considerados como um dos principais activos intangíveis de qualquer organização, tendo um peso relevante que condiciona o desempenho das organizações (Jordan *et al*, 2007). Neste contexto, é crucial identificar objectivos e medidas que assegurem a aprendizagem, o crescimento e uma melhoria contínua da organização. A satisfação e retenção dos trabalhadores, as horas de formação e competências adquiridas, o trabalho em equipa, as sugestões, e a capacidade de liderança, são alguns dos indicadores utilizados para medir a performance nesta perspectiva (Pinto, 2007).

Para os fundadores do BSC, Kaplan e Norton (1996b), a focalização e as competências prendem-se fundamentalmente com o potencial humano (competências, capacidades, formação, motivação, produtividade, *empowerment*), a capacidade dos sistemas e tecnologias de informação (em fornecer informação em tempo útil) e os

procedimentos organizacionais (coerência dos objectivos, incentivo à criatividade e motivação).

Os objectivos estratégicos prioritários, factores críticos e respectivos indicadores de desempenho, nesta perspectiva, são apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5** – Perspectiva da Aprendizagem e Desenvolvimento Organizacional.

<b>Objectivos Estratégicos</b>	<b>Factores Críticos</b>	<b>Indicadores de Desempenho</b>
Alinhar as capacidades e qualificações com os objectivos estratégicos de modo a criar valor	<b>Inovação:</b> Capacidade dos empregados em apresentar novas ideias	N.º de novas ideias aproveitadas N.º de novos produtos e serviços Sugestões feitas e implementadas
Desenvolver as condições para um bom clima organizacional e ambiente de trabalho	<b>Satisfação:</b> Elevados índices de motivação e empenhamento	Índice de satisfação do pessoal Retenção dos empregados Produtividade dos colaboradores Montante de prémios e incentivos
Adaptar a organização às mudanças futuras através de uma melhoria contínua	<b>Qualificação:</b> Níveis de conhecimento dos empregados que potenciem os seus desempenhos	N.º de colaboradores qualificados N.º de horas de formação Experiência com novas tecnologias
Desenvolver uma infra-estrutura adequada de forma a proporcionar o crescimento a longo prazo	<b>Tecnologia:</b> Potencial tecnológico	N.º de postos de trabalho informatizados Investimento em tecnologias de informação, por trabalhador Capacidade dos sistemas de informação

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1996b); Caudeli e Vicente (2000); Martinsons, Davidson e Tse (1999); Jordan *et al* (2007).

A perspectiva de aprendizagem e desenvolvimento organizacional, assim como, a dos processos internos, integram indicadores de processos ou meios, constituindo os vectores de desempenho, os indutores dos resultados (*leading indicators*) que se irão obter e que surgem nas perspectivas financeira e do cliente, que contêm os indicadores de resultados (*lagging indicators*), evidenciando assim a interligação das quatro perspectivas (Pinto, 2007) indispensável para que se consigam alcançar os objectivos definidos.

Em Portugal, é reconhecida a importância das diversas dimensões do BSC, as perspectivas em que se baseia e as suas relações de causa-efeito, e, não obstante possa ter limitações, a virtualidade deste modelo, como refere Martins (2006: 191), “é o de propor uma análise multidimensional da performance, em que as diferentes dimensões se correlacionam”.

## CAPÍTULO II O MAPA ESTRATÉGICO

### 2.1 O Mapa Estratégico

Durante os trabalhos de implementação do BSC, verificou-se a necessidade de utilizar representações gráficas para, nomeadamente, descrever o percurso da estratégia nas diferentes perspectivas do BSC e visualizar as ligações de causa-efeito entre os objectivos. Esta prática foi aperfeiçoada pelos autores do BSC (Kaplan e Norton, 2000a) que definem, no final do ano de 2000<sup>9</sup>, o conceito de Mapa Estratégico (*strategy map*), naquela que se considera ser a primeira grande referência bibliográfica sobre os Mapas da Estratégia publicada na *Harvard Business Review*.

Kaplan e Norton (2000a, 2000b) definem o ME como uma arquitectura lógica e compreensiva que fornece uma representação visual dos objectivos críticos da organização e das relações cruciais entre eles. O ME descreve a história da estratégia e o seu percurso através das diversas perspectivas do BSC, proporcionando a avaliação deste instrumento através das relações de causa-efeito. Este novo instrumento é apresentado como um conjunto de potencialidades ao dispor das organizações, sendo a invenção deste conceito, considerada mais tarde por Kaplan e Norton, tão importante como a criação do próprio BSC.

O ME representa uma significativa evolução, em termos de expansão e sucesso do modelo, já que permite descrever a estratégia para que possa ser medida e gerida, tornando-se um instrumento complementar da abordagem BSC, crucial e imprescindível em qualquer implementação (Kaplan e Norton, 2000a, 2004)

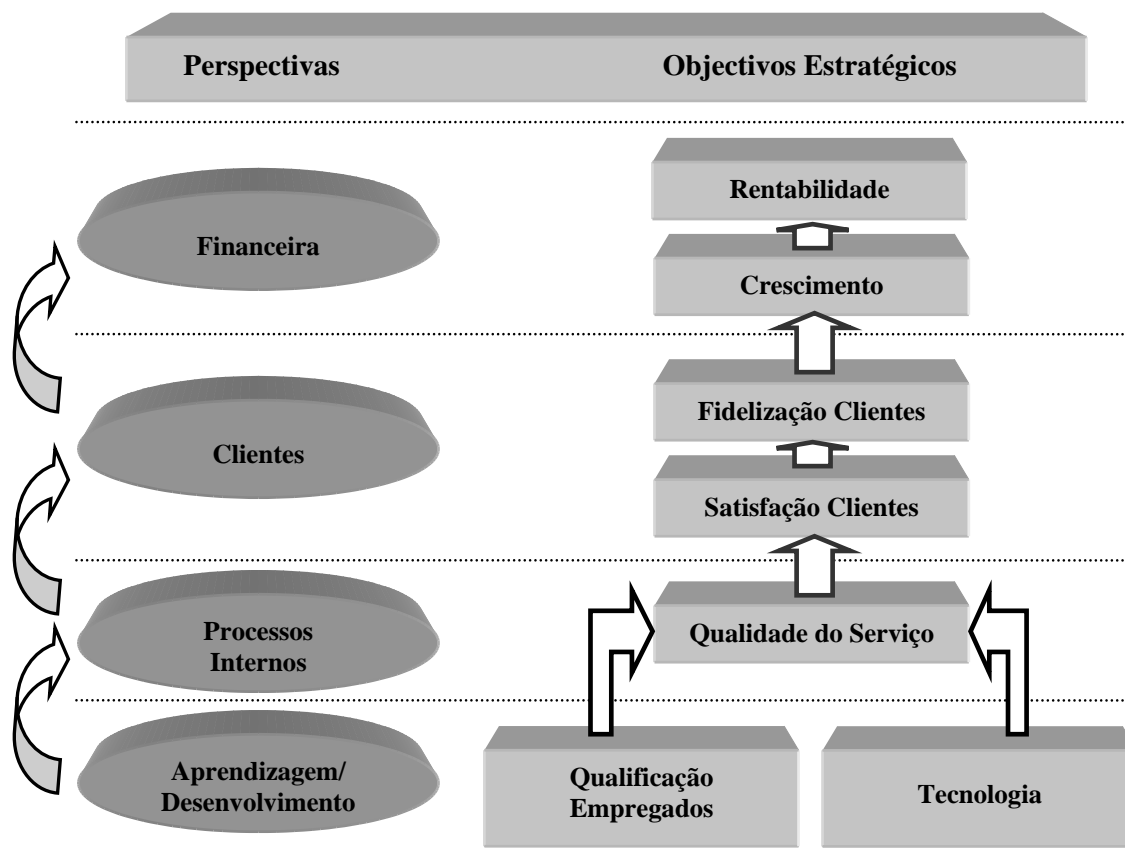
Para a construção do ME, Kaplan e Norton (2000a, 2000b) propõem que a estratégia seja dividida em quatro temas genéricos, relacionados com os processos de negócio internos da empresa: construir uma posição privilegiada, aumentar o valor para o cliente, alcançar a excelência operacional e ser um bom cidadão empresarial. Ainda segundo os criadores do BSC, o desenvolvimento do ME determina a especificação dos elementos críticos e a sua ligação à estratégia, designadamente, os objectivos para o crescimento e produtividade, as acções sobre os mercados, o desenvolvimento de

---

<sup>9</sup> O desenvolvimento (de forma generalizada) e a evolução dos mapas estratégicos ocorre na segunda metade dos anos noventa, mas somente no ano 2000, Kaplan e Norton (2000a, 2000b) definem o conceito.

propostas de valor aos clientes e a inovação e excelência nos produtos (Kaplan e Norton, 2001).

Apresenta-se na Figura 4 um exemplo simplificado de ME de empresa.



**Figura 4** – Exemplo de Mapa Estratégico.

Fonte: Adaptado de *Hernandez et al* (2000).

Procedendo a uma breve explicação do ME acima, em termos de percurso da estratégia, a “Rentabilidade” é alcançada quando se verifica um “Crescimento” do volume de negócios, permitindo assim atingir os objectivos estratégicos na perspectiva financeira. Para que tal aconteça, têm de ser assegurados bons níveis de “Qualificação dos empregados” e o uso de “Tecnologia adequada”, incidindo nos vectores de desempenho ou indutores que integram a perspectiva de aprendizagem e desenvolvimento organizacional. A “Qualidade do Serviço” faz parte da perspectiva dos processos internos e ao ser efectivada, ajudará por sua vez a obter um elevado índice de “Satisfação dos Clientes” e a consequente “Fidelização”, sendo assim alcançados os objectivos estratégicos definidos para a perspectiva de cliente.

O ME permite criar pontos de referência para toda a organização e deve ser concebido pelos gestores de topo, numa lógica de cima para baixo, em que estes

procedem à definição da missão e dos valores da organização, desenvolvendo a partir destas, a visão estratégica que represente o seu objectivo global, tornando-se assim um instrumento facilitador para se compreender a estratégia da organização.

## **2.2 As relações de causa e efeito**

Segundo Jordan *et al* (2007), a implementação do BSC pressupõe a determinação de uma cadeia de relações de causa e efeito que é representada no ME, relacionando, em cada uma das perspectivas e entre as diversas perspectivas, os objectivos (traduzidos em indicadores de resultados) com os indutores de desempenho (traduzidos em indicadores de meios).

A criação de um sistema que estabelece um conjunto de relações de causa-efeito<sup>10</sup> entre as medidas incorporadas no BSC e a estratégia, é apontada por Kaplan e Norton (2001) como uma das razões essenciais para o desenvolvimento deste modelo de avaliação de desempenho e de gestão estratégica. A cadeia de relações de causa-efeito tem início em melhorias na área de aprendizagem e desenvolvimento, como seja, o investimento em formação dos trabalhadores. Estas novas competências irão conduzir a uma melhoria da qualidade dos produtos/serviços a nível dos processos internos, os quais, por sua vez, irão aumentar a satisfação dos clientes e conseqüentemente, trará melhorias no desempenho financeiro.

Na filosofia de funcionamento do BSC, existe uma relação de causa-efeito entre as perspectivas, objectivos, metas e indicadores, o que confere validade ao modelo e o distingue de qualquer outro sistema de medição estratégica (Norreklit, 2000; Pinto, 2007). O BSC reflecte o equilíbrio entre os objectivos de curto prazo e longo prazo, entre medidas financeiras e não-financeiras, entre indicadores de tendências e ocorrências e deste modo, segundo Kaplan e Norton (1996a), cada área estratégica deve ter indicadores de processo e indicadores de resultados formando assim uma cadeia de causa-efeito em dois sentidos.

As relações de causa-efeito contribuem também para relatar a história da estratégia aos diversos *stakeholders*, funcionando como um teste para avaliar se o BSC reflecte de facto a estratégia da organização (Pinto, 2007), possibilitando identificar e corrigir falhas na estratégia que está a ser implementada em todos os níveis da organização.

---

<sup>10</sup> As relações de causa-efeito fazem parte do BSC desde a sua origem.

## CAPÍTULO III O *BALANCED SCORECARD* COMO UM SISTEMA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

### 3.1 Sistema de Gestão Estratégica

O BSC surgiu como um simples modelo de avaliação de desempenho, de medição da performance, tendo evoluído rapidamente para um SGE, permitindo reduzir a lacuna entre a formulação da estratégia e a sua implementação (Kaplan e Norton, 1996b e 2001; Butler, Letza e Neale, 1997; Malina e Selto, 2001). Mais do que um sistema de medida operacional ou tática, o BSC é um sistema de gestão estratégica da performance organizacional (Martins, 2006).

O BSC torna-se assim, por excelência, num mecanismo para implementação de estratégias (Kaplan e Norton, 1996b), colocando a estratégia e a visão no centro das atenções dos gestores, assumindo-se como um SGE que se inicia quando os gestores de topo procedem à tradução da estratégia em objectivos estratégicos concretos.

As declarações de missão, valores e visão, que destacam o porquê, o quem e para onde, têm de ser acompanhadas por uma estratégia, que defina o como, que seja bem formulada e eficazmente executada. Não se pode falar de BSC sem falar de estratégia, constituindo assim o ponto central do modelo. Salientam-se um conjunto de benefícios que derivam da estratégia como sejam a estimulação do pensamento estratégico<sup>11</sup> e da acção, a melhoria do processo de tomada de decisão e, por conseguinte, da performance.

A ligação entre a prática e a estratégia faz do BSC uma ferramenta que permite obter uma avaliação contínua das acções e do seu contributo para a realização dos objectivos estratégicos.

Ligando a prática à estratégia, o *balanced scorecard* constitui um instrumento de melhoria e aprendizagem contínua, na medida em que permite aos responsáveis monitorarem a sua acção e obterem o feedback permanente das suas práticas e dos seus impactos sobre a realização dos objectivos estratégicos (Jordan *et al.*, 2007: 260).

---

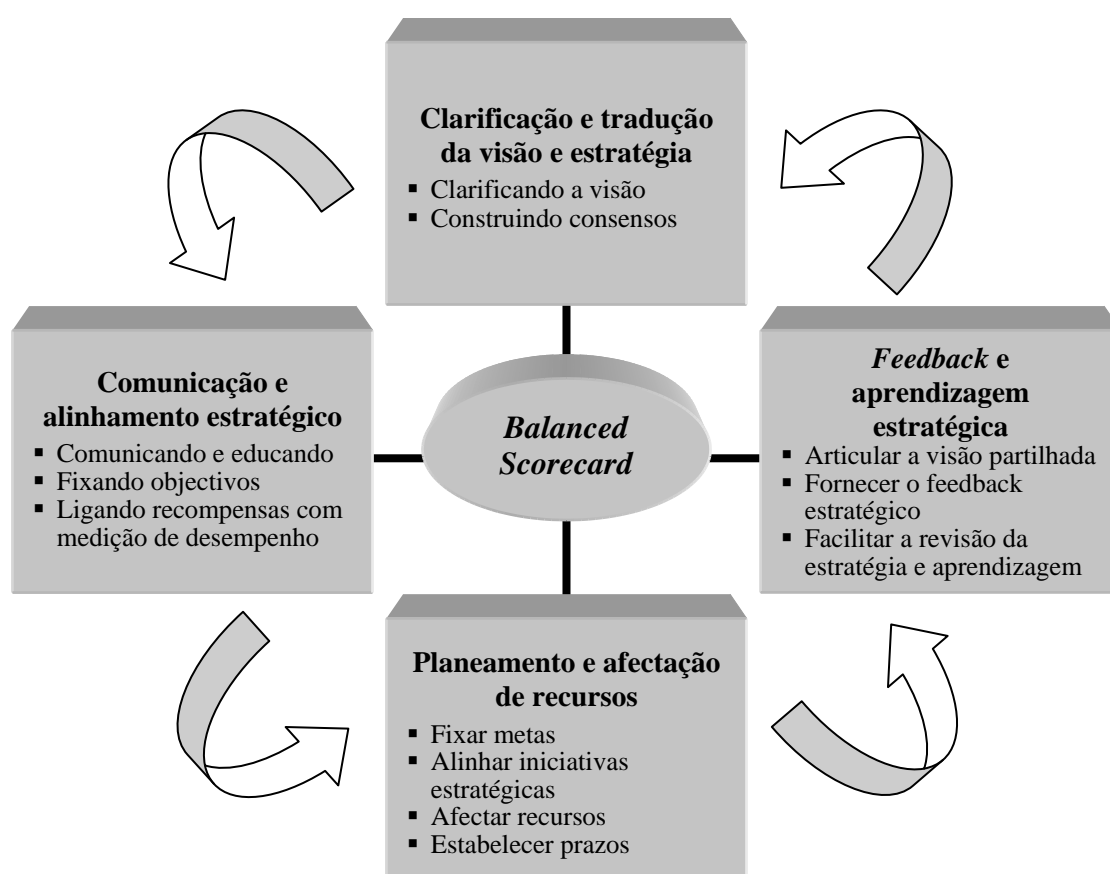
<sup>11</sup> A importância do pensamento estratégico, que deverá emergir de um sistema de gestão estratégica, é crucial, pois segundo Carvalho e Filipe (2006), a estratégia é o processo de criação de valor que melhor concilia os paradigmas concorrencial, organizacional e do capital.

O BSC, como instrumento de gestão estratégica, é essencialmente um processo *top-down* que comunica a missão e a estratégia da unidade de negócio (Kaplan e Norton, 1996b), já que as medidas financeiras e não financeiras devem ser transmitidas aos colaboradores de todos os níveis da organização, para que cada pessoa possa entender a estratégia e saber o resultado que o seu trabalho origina na concretização da mesma (Pinto, 2007).

O BSC, como SGE, não garante o sucesso da organização mas ajuda os gestores, numa base coerente e articulada de objectivos e indicadores, ao seu ajustamento e melhoria, proporcionando alterações da própria estratégia num processo contínuo de aprendizagem organizacional.

### 3.2 Os quatros processos de gestão estratégica

Para que o BSC se transforme num sistema para implementar e gerir a estratégia, Kaplan e Norton (1996a), no seu artigo *Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*, defendem o recurso a quatro novos processos de gestão estratégica: traduzir a visão; comunicar e articular; planeamento; *feedback* e Aprendizagem.



**Figura5** - Os quatro processos de gestão estratégica do Balanced Scorecard como Sistema de Gestão Estratégica.

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1996a) e de Carvalho e Azevedo (2001).



A implementação do BSC como um SGE deve apoiar-se nos quatro processos de gestão estratégica acima referidos e ilustrados na Figura 5. Estes quatro processos, que seguidamente se descrevem, contribuem para ligar os objectivos estratégicos com as medidas de desempenho, combinando objectivos de longo prazo com acções de curto prazo, numa lógica de funcionamento que proporciona a compatibilização da formulação da estratégia com a sua implementação (Kaplan e Norton, 1996a; Butler, Letza e Neale, 1997; Norreklit, 2000; Carvalho e Azevedo, 2001; Jordan *et al*, 2007).

### **3.2.1 Clarificação e tradução da visão e estratégia**

Este processo de clarificação e tradução da visão e estratégia ajuda na construção de consensos em torno de uma visão e estratégias de longo prazo, desde a gestão de topo até ao nível operacional, já que considera a tradução daqueles conceitos em medidas operacionais (e em objectivos e indicadores devidamente articulados entre si), que sejam entendidas e executadas pelos trabalhadores.

### **3.2.2 Comunicação e alinhamento estratégico**

Este processo consiste assim na comunicação da estratégia definida pela gestão de topo a todas as áreas da organização, articulando-a com objectivos departamentais e individuais, de modo a existir um alinhamento dos objectivos, quer globais, quer individuais, com a estratégia.

A comunicação é indispensável ao alinhamento estratégico da organização e nesse sentido, o BSC facilita a comunicação da estratégia definida pela gestão de topo aos restantes níveis.

Neste processo de comunicação e alinhamento estratégico, os objectivos estratégicos do BSC devem ser comunicados em toda a estrutura hierárquica da organização, permitindo que todos conheçam as metas a atingir, e desagregados em medidas operacionais para cada unidade (departamento, grupo de trabalho ou individuo), promovendo o alinhamento estratégico entre os objectivos globais da organização e os dos seus colaboradores em prol do sucesso organizacional.

### **3.2.3 Planeamento e afectação de recursos**

Para além da comunicação e do alinhamento estratégico, torna-se necessário ajustar os recursos físicos e financeiros com a estratégia da unidade de negócio, permitindo deste modo quantificar os resultados pretendidos a longo prazo, identificar

os mecanismos e proporcionar os recursos para alcançar esses resultados, e estabelecer metas a curto prazo para indicadores financeiros e não-financeiros.

O BSC apresenta-se como a ferramenta ideal para aferir a afectação dos recursos físicos e financeiros às iniciativas que visam melhorar os processos mais críticos para a implementação de estratégias.

A melhoria do processo de adequação e afectação de recursos, de gestão das actividades e estabelecimento de prioridades, em consonância com a implementação estratégica, é possível com a clarificação dos objectivos estratégicos e a identificação dos respectivos factores críticos.

### **3.2.4 *Feedback* e aprendizagem estratégica**

A capacidade de desenvolver e estabelecer a aprendizagem organizacional, proporcionando a revisão e alteração de estratégias, baseada no comportamento da performance, é traduzida pelo BSC que, ao permitir a construção de um mapa estratégico, ajuda a reflectir permanentemente a estratégia, testando-a e validando-a, e deste modo, criar um processo de reflexão e aprendizagem sobre a estratégia a seguir pela organização.

O BSC permite ainda instituir e definir o processo de aprendizagem estratégica sobre as relações de causa e efeito, entre os resultados desejados e os vectores de desempenho desses resultados, podendo ajudar a reformular as metas e as estratégias inicialmente estabelecidas.

O processo de *feedback* é fundamental para poder testar e validar a estratégia que está a ser implementada, devendo os resultados serem revistos com uma periodicidade definida, proporcionando deste modo, um processo contínuo de aprendizagem e por conseguinte, uma adaptação permanente da organização ao meio ambiente. Este processo deve recolher dados sobre a estratégia, proporcionar a sua reflexão quanto aos seus novos desenvolvimentos e obter ideias de todos os membros da organização acerca das oportunidades, opções estratégicas e suas direcções (Kaplan e Norton, 1996a).

## **CAPÍTULO IV ANÁLISE CRÍTICA AO *BALANCED SCORECARD***

### **4.1 Vantagens**

Desde que o BSC foi introduzido por Kaplan e Norton (1992), têm sido publicados muitos livros e artigos sobre esta metodologia, evidenciando casos de implementação bem sucedida em diversas áreas de actividade empresarial. Para Kaplan e Norton (1992, 1996b, 2000a, 2001), o BSC promove a aprendizagem estratégica dos gestores, conduzindo a uma melhor performance de longo prazo.

Adicionalmente, muitos outros autores têm vindo a recomendar a sua implementação, afirmando que o BSC está entre os mais importantes desenvolvimentos na gestão contabilística (Atkinson, Balakrishnan, Booth, Cole, Groot, Malmi, Roberts, Uliana e Wu, 1997), que é um bem necessário nas organizações de hoje (Mooraj *et al*, 1999), com um papel importante a desempenhar, constituindo uma ajuda fundamental no processo de alcançar uma visão e uma nova base estratégica para o desempenho da organização (Olive, Roy e Wetter, 2000). A utilização do BSC, segundo Holmes, Piñeres e Kiel (2006), proporciona a melhoria do desempenho e o aumento da responsabilidade e transparência, sendo uma ferramenta versátil para identificar, discutir e seleccionar os indicadores considerados mais relevantes para organizações complexas como é o caso das organizações públicas (Johnsen, 2001).

A implementação do BSC em diversas agências governamentais de alguns países desenvolvidos, como os EUA, Reino Unido, Nova Zelândia, Austrália e Suécia, veio permitir, segundo Holmes *et al* (2006), a identificação de um conjunto de benefícios: melhoria da comunicação e aumento do consenso interno; interligação dos objectivos de longo prazo com os de curto prazo; consideração do factor tempo; melhoria do planeamento estratégico; incentivo à participação e inovação; adequação do modelo para organizações complexas. O BSC funciona ainda como um processo educacional do conjunto de *Stakeholders*, permitindo uma melhor mobilização e alocação de recursos com vista a alcançar os *outcomes* desejados (Kaplan, 2001; Chan, 2004).

No que se refere à implementação do BSC nos serviços de saúde, Radnor e Lovell (2003) elaboraram um estudo neste âmbito, tendo-lhes permitido identificar as seguintes vantagens na sua utilização: comunicação da estratégia em toda a organização; clarificação e obtenção de consenso sobre a estratégia organizacional; interligação dos

objectivos estratégicos com as actividades de longo prazo e os orçamentos anuais; alinhamento dos objectivos departamentais e individuais com a estratégia; facilitação nas revisões periódicas e sistemáticas da estratégia; e facilitação do processo de aprendizagem e melhoria da estratégia;

Segundo Russo (2006), o BSC representa um inequívoco aperfeiçoamento de conhecimentos, de várias origens, que são reforçados com os ensinamentos da prática empresarial, tendo esta ferramenta de gestão já demonstrado as suas potencialidades em casos concretos de empresas e organizações de reconhecida reputação mundial. Ainda segundo aquele autor, é um facto que o BSC constitui, nos tempos de hoje, uma referência fundamental no âmbito da gestão estratégica e no controlo de gestão das empresas, a nível mundial. Para Chow *et al.* (1997), o BSC focaliza a atenção das organizações na medição do desempenho que, face ao fenómeno da globalização concorrencial e económica, assegure a inovação necessária à sua mudança e ao seu sucesso futuro.

De acordo com os resultados de pesquisas efectuadas por Rigby (2001) e Speckbacher, Bischof e Pfeiffer (2003), sendo citados por Rosário (2005), o BSC é actualmente o sistema de controlo de performance mais utilizado, com uma grande parte das organizações<sup>12</sup> em todo o mundo a estarem satisfeitas com a sua utilização, tendo já sido adoptado por cerca de 57% das organizações do Reino Unido, 46% dos Estados Unidos da América, 28% na Alemanha e Áustria. Autores como Rolph (1999) e Sim e Koh (2001) atribuem o sucesso de algumas empresas à implementação do BSC, que lhes veio permitir superar em poucos anos, situações de prejuízos, transformando-as em empresas de elevada rentabilidade.

No âmbito dos instrumentos de medição do desempenho, faz-se aqui uma breve referência ao *Tableau de Bord* (TDB), já que esta ferramenta representa uma metodologia de gestão precursora do BSC. Remontando o seu aparecimento ao ano de 1932, o TDB foi criado e desenvolvido em França, por engenheiros de produção, tendo surgido, na década de noventa, preocupações ligadas à coerência entre os objectivos estratégicos e as acções a tomar, abordadas de modo genérico, mantendo no entanto a primazia da perspectiva financeira em detrimento de outras igualmente relevantes na

---

<sup>12</sup> Algumas das empresas que foram bem sucedidas na implementação do BSC: BMW, Canon, Daimler Chrysler, Dupont, Endesa, Hilton, Móbil, Motorola, Siemens, Skandia, Unibanco, UPS, VolvoFinans (Acedido através da *Web* no *site*: [www.thepalladiumgroup.com](http://www.thepalladiumgroup.com)).

análise do desempenho (Bourguignon, Malleret e Norreklit, 2001). Para Jordan *et al* (2007), trata-se de um instrumento de informação, de curto prazo, sendo analisado também por Bourguignon, Malleret e Norreklit (2001), que concluem da sua utilização pelos franceses mas que, em outros países da Europa, como a Dinamarca, a Alemanha, a Inglaterra ou a Itália, a maior parte do meio empresarial conhece o BSC, tendo uma parte significativa aderido ao modelo americano de Kaplan e Norton.

Finalmente, importa referir que todas as vantagens, anteriormente enunciadas, exigem uma adequada implementação do BSC, que se inicia com uma clara e inequívoca definição da estratégia, a clarificação da missão e o entendimento da visão, passando pela comunicação a todos os membros da organização e assegurando o alinhamento organizacional como fonte de valor económico para organização.

#### **4.2 Limitações**

Embora o BSC seja uma ferramenta útil para qualquer organização nos tempos que correm, o elevado investimento na sua implementação, quer em tempo, quer em recursos financeiros, e os resultados incertos e por vezes inquantificáveis, constituem limitações, desmotivando por vezes a sua adopção (Mooraj, Oyon e Hostettler, 1999).

Norreklit (2000, 2003) aponta algumas limitações da abordagem BSC, referindo que este modelo não assegura o enraizamento no ambiente ou na organização e que não considera os acontecimentos que podem condicionar a estratégia da organização, não tomando assim em consideração a incerteza estratégica. Bessire e Baker (2005) concluem que o BSC não está suportado numa teoria coerente e consistente, tratando os conceitos centrais de forma ambígua. Para Wisniewski e Dickson (2001), a diferença entre a terminologia utilizada e a cultura de gestão da organização, a falta de competências específicas e o tempo e esforços dispendidos dificultam a implementação com sucesso do BSC. Segundo Neely (2002), a metodologia utilizada por Kaplan e Norton apresenta dois pontos fracos: o BSC considera somente a imagem da empresa aos olhos do cliente quando o fundamental é aquilo que o cliente pensa da empresa; O modelo não contempla referências aos fornecedores. Estes pontos fracos são, no entanto, superados pela flexibilidade do BSC, segundo o mesmo autor, que permite que cada organização construa o seu modelo, conferindo-lhe a possibilidade de o conceber a sua medida, tornando-o único e distinto.

## **CAPÍTULO V O *BALANCED SCORECARD* EM ORGANIZAÇÕES SEM FINS LUCRATIVOS**

### **5.1 A adaptação do *Balanced Scorecard* ao sector público**

O BSC foi desenvolvido como uma ferramenta de gestão no seio das grandes empresas, tendo surgido, posteriormente, as primeiras tentativas de adaptação ao sector público e a organizações sem fins lucrativos, com melhorias progressivas na sua utilização e expansão, em diversos países de todo o mundo, nos anos que se seguiram à sua criação.

Para Pinto (2007), o percurso da adaptação deste modelo a organizações com características distintas e de diferentes dimensões tem evidenciado a sua flexibilidade e facilidade de adaptação, num processo de mudança e melhoria global para a gestão da performance, que constitui o objectivo fulcral de qualquer administração pública. Segundo este autor, as primeiras tentativas da sua adaptação ao sector público e às organizações sem fins lucrativos surgiram em 1996.

As medidas financeiras tradicionais já não forneciam informação suficiente para avaliar o sucesso das entidades públicas, e o sucesso deve ser medido com base na eficiência e eficácia com que as necessidades dos cidadãos são satisfeitas (Kaplan, 2001). Nos quatro anos que se seguiram a 1996, a adaptação e utilização do BSC ao sector público intensificou-se em diversos países<sup>13</sup> de todo o mundo, com uma extensa rede de adeptos nos serviços públicos e foi progressivamente melhorada, tendo proporcionado uma visão adicional sobre o uso deste modelo em organismos públicos e sem fins lucrativos (Kaplan e Norton, 2000b).

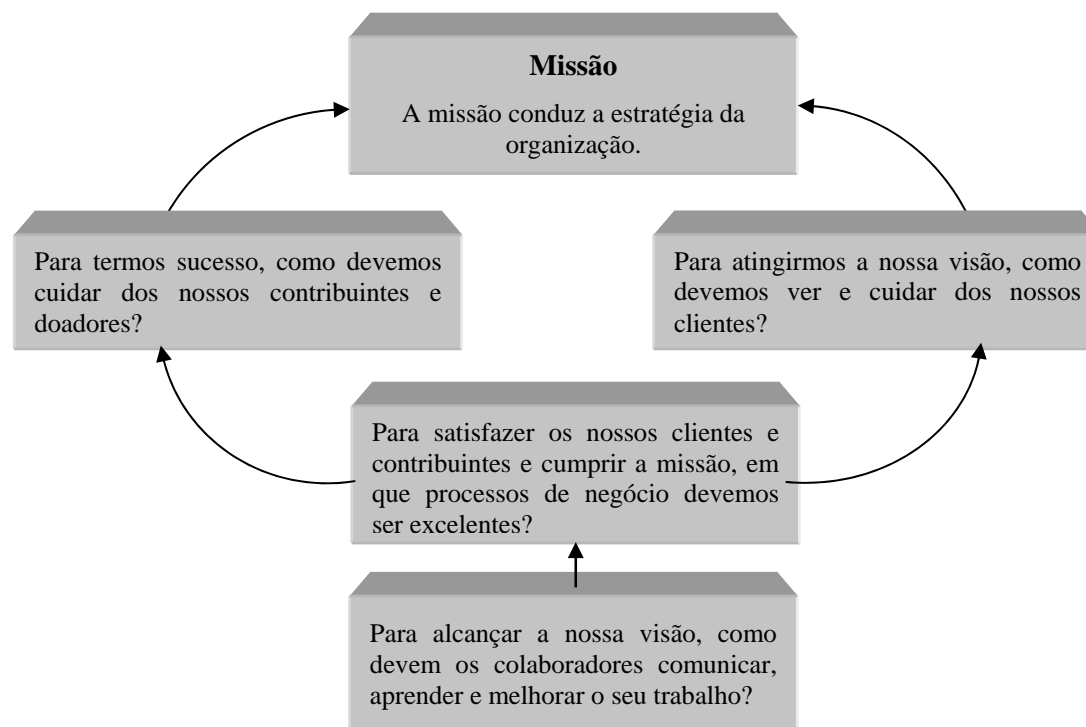
A migração do BSC do sector privado para o sector público ocorre, de facto, na segunda metade da década de 90, sendo de realçar que diversos países possuíam já uma experiência acumulada na utilização de outros sistemas de medição e gestão da performance nos seus serviços públicos. Posteriormente, e face ao sucesso do BSC no sector privado, estes serviços do sector público procederam à adaptação desta ferramenta com o objectivo de melhorar a performance e inculcar a estratégia no trabalho diário de todas as pessoas na organização (Pinto, 2007).

---

<sup>13</sup> É de destacar alguns dos países onde se procedeu à adaptação e utilização do BSC: Estados Unidos da América, Canada, Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido, Suécia, Finlândia.

Segundo Kaplan (1999), o sucesso da adaptação do BSC ao sector público, junto de organizações sem fins lucrativos ou governamentais, deve-se aos seguintes factores: o BSC veio evidenciar a ligação das medidas com a estratégia e as relações de causa e efeito que descrevem as hipóteses da estratégia e actuam indirectamente sobre os resultados, conduzindo à concretização da estratégia e dando assim resposta às expectativas e necessidades dos clientes; Os factores intangíveis, como sejam, o relacionamento e a fidelização dos clientes e fornecedores, a qualidade dos processos produtivos, a inovação dos produtos, um clima organizacional propício à aprendizagem, inovação, propostas e implementação de melhorias, tornaram-se, no final do século XX, a maior fonte de vantagem competitiva, o que não se verificava anteriormente já que a competitividade era assegurada através dos investimentos e da gestão dos activos tangíveis.

Em organizações sem fins lucrativos estudadas por Kaplan e Norton (2000b) e por Kaplan (2001), o papel do cliente é elevado na estrutura do BSC já que é em proveito das suas necessidades que estas entidades actuam. Nestes casos, a missão da organização deve ser destacada e avaliada no nível mais alto do BSC, para que a mesma seja cumprida e a visão seja alcançada (Figura 6).



**Figura 6** – Adaptação do *Balanced Scorecard* a organizações sem fins lucrativos.  
Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (2000b) e Kaplan (2001).

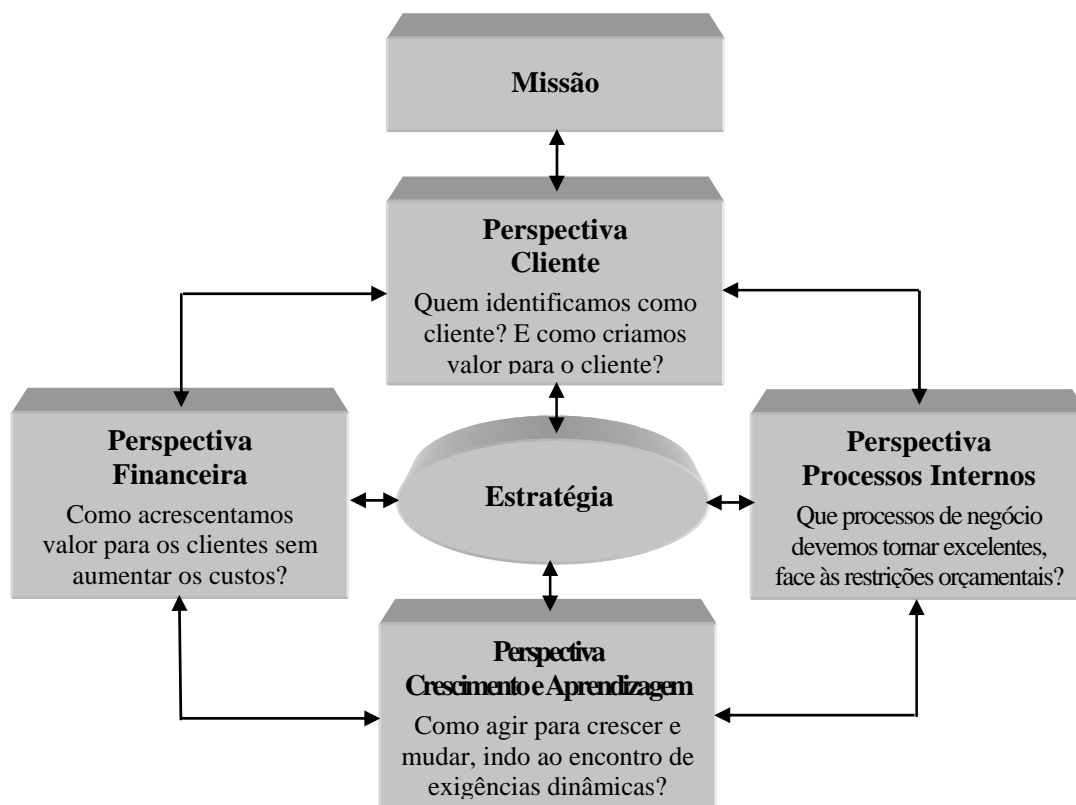
Ainda segundo os autores do BSC, Kaplan e Norton (2000b), há dois grupos distintos de pessoas que se relacionam com o sector público: os doadores/ contribuintes e que são aqueles que pagam o serviço; e os beneficiários/Utentes, que utilizam e beneficiam do serviço. Assim, os primeiros devem ser representados na perspectiva financeira e os segundos devem fazer parte da perspectiva dos clientes, o que coloca estas duas perspectivas em paralelo. Para Kaplan e Norton (2000b), as organizações do sector público têm de atender a três objectivos de alto nível para cumprir a sua missão: criar valor, ao menor custo, promover o apoio e o compromisso contínuos da sua fonte de financiamento. A partir daí, definem-se as metas para os processos internos e para a aprendizagem e crescimento que a capacitarão a atingir os objectivos nessas três perspectivas.

Para além dos criadores do BSC, Kaplan e Norton, outros autores têm defendido a aplicabilidade desta ferramenta ao sector público, desde que a sua implementação se adapte à realidade concreta de cada entidade, podendo ser ajustado com êxito, e ainda que para tal, se torne necessário alterar as quatro perspectivas do modelo original (Ho e Chan, 2000; Johnsen, 2001; Niven, 2003; Zelman, Pink e Matthias, 2003; Wilson *et al*, 2003; Norreklit, 2003; Chan, 2004).

No sector público, o desempenho financeiro não é um objectivo em si mesmo, mas sim um meio através do qual se concretizam os fins (Wisniewski e Dickson, 2001), pois os recursos financeiros existem para sustentar e satisfazer os clientes, enquanto que no sector privado, o lucro constitui o fim a atingir. Todavia, a perspectiva financeira continua a existir, já que não há BSC sem esta perspectiva uma vez que não é possível operar sem recursos financeiros (Niven, 2003).

A adaptação do modelo original do BSC às entidades públicas e organizações sem fins lucrativos, reside, para Niven (2003), no modo como este instrumento deve ser implementado neste tipo de entidades, onde o desempenho financeiro não é o objectivo central, mas em que a satisfação da comunidade e a melhoria do bem-estar público assumem particular importância no cumprimento da missão. Este autor propõe uma nova configuração do BSC para os serviços públicos, ligeiramente diferente da que vem sendo proposta para o sector privado, sendo representada na Figura 7.





**Figura7** – Estrutura do *Balanced Scorecard* no Sector Público.

Fonte: Adaptado de Niven (2003).

Como se pode observar na figura acima, a primeira alteração surge na posição cimeira, sendo ocupada pela missão, indo assim ao encontro do já referido anteriormente, funcionando como uma quinta perspectiva abrangente, estando as restantes perspectivas interligadas de modo a concretizá-la.

À perspectiva dos clientes, é atribuída uma maior importância em detrimento da perspectiva financeira, já que é na satisfação das necessidades dos clientes que é focalizada a missão e não nos resultados financeiros e investidores (Ellingson e Wambsganss, 2001; Niven, 2003). A identificação dos processos internos críticos, como por exemplo, o tempo médio de resposta a um pedido de um cliente, é fundamental para criar valor para os clientes e nessa medida, esta perspectiva também integra o BSC no sector público, tornando-se necessário um alinhamento estratégico dos processos internos com a estratégia organizacional (Pedro, 2004),

Tomando em consideração as principais alterações ao modelo original do BSC e a sua adaptação ao sector público, anteriormente expostas, apresenta-se na Tabela 6 uma síntese dos principais objectivos de cada uma das perspectivas com a diferença entre os sectores público e privado.

**Tabela 6** – As Perspectivas do BSC: As diferenças entre o Sector Público e o Sector Privado.

<b>Perspectivas</b>	<b>Sector Privado</b>	<b>Sector Público</b>
<b>Cliente</b> O cliente é o referencial de toda a empresa/organização	Os clientes são a principal fonte de receita da empresa, constituindo um meio para atingir um fim. É necessário oferecer valor ao cliente para obter resultados financeiros.	A perspectiva cliente emerge da missão e torna-se um fim em si mesmo, ocupando o topo da estrutura do BSC. Há orientação total para o cliente e para a satisfação das suas necessidades para assim dar cumprimento à missão.
<b>Financeira</b> Nenhum BSC fica completo sem a perspectiva financeira	Ocupa a posição cimeira do BSC e constitui um fim em si mesmo, permitindo a criação de valor sustentável, tratando das necessidades e da maximização do valor dos accionistas.	Constitui um meio para atingir um fim em que os indicadores financeiros são vistos como recursos disponíveis e catalisadores do sucesso dos clientes ou como restrições entre as quais a organização opera.
<b>Processos internos</b> Estão orientados no sentido da satisfação do cliente	Constituem, também, um meio e devem ser otimizados de modo a permitir obter níveis de custos baixos e competitivos para assim melhorar o desempenho financeiro.	Devem estar direccionados e orientados de modo a proporcionar a criação de valor e satisfação dos clientes, devidamente alinhados estrategicamente para poder melhorar até à excelência.
<b>Aprendizagem e crescimento</b> São as fundações para que as restantes perspectivas tenham êxito	Tem implicações ao nível do aperfeiçoamento dos processos, da eficiência na utilização dos recursos, para proporcionar a satisfação dos clientes com o objectivo de maximizar o desempenho financeiro.	As competências, capacidades, conhecimentos e motivações determinam o aperfeiçoamento dos processos, a eficiência na utilização dos recursos, tendo como objectivo aumentar a satisfação do cliente.

Fonte: Baseado em Kaplan (1999, 2001); Kaplan e Norton (2000b); Ho e Chan (2000); Wisniewski e Dickson (2001); Norreklit (2001); Niven (2003).

No que se refere à estrutura e composição do BSC, é de realçar as principais diferenças: no sector privado, a perspectiva financeira aparece no topo da estrutura e constitui um fim em si mesmo, com as restantes perspectivas interligadas entre si e a representarem os meios, tendo como objectivo alcançar a maximização dos resultados financeiros; no sector público, a posição cimeira é ocupada pela perspectiva dos clientes, uma vez que é para a satisfação dos mesmos que toda a administração pública está orientada, pois o cliente é um fim em si mesmo, e as restantes perspectivas, interligadas, constituem um meio para alcançar o aumento da satisfação das suas necessidades.

Em Portugal, o BSC começa a ter alguma aceitação, sendo previsível uma expansão significativa deste modelo nos próximos anos, atendendo a que esta ferramenta está a ser utilizada com sucesso em serviços públicos de muitos países, designadamente, em administrações regionais, locais e governos de cidades (Pinto, 2007).

## 5.2 A utilização do *Balanced Scorecard* em serviços de saúde

Desde a criação do BSC e da sua implementação no sector da saúde, foram realizados diversos estudos. Neste âmbito, e em organizações sem fins lucrativos, apresentam-se seguidamente três das melhores aplicações estratégicas neste sector, descritas pelos autores do BSC, Kaplan e Norton (2000b).

### O *May Institute*

Sendo um dos maiores provedores de programas de assistência médica comportamental, de educação e reabilitação de alta qualidade para crianças e adultos, em associação com mais de quarenta universidades dos Estados Unidos da América e de muitos outros países, o *May Institute* é uma entidade sem fins lucrativos de Massachusetts com 2000 empregados e uma rede de 160 programas.

Para orientar a sua expansão, o *May Institute* lançou o projecto *Balanced Scorecard*. A perspectiva do cliente foi colocada no alto da hierarquia do BSC, seguindo-se-lhe as restantes perspectivas conforme se ilustra na Figura 8.

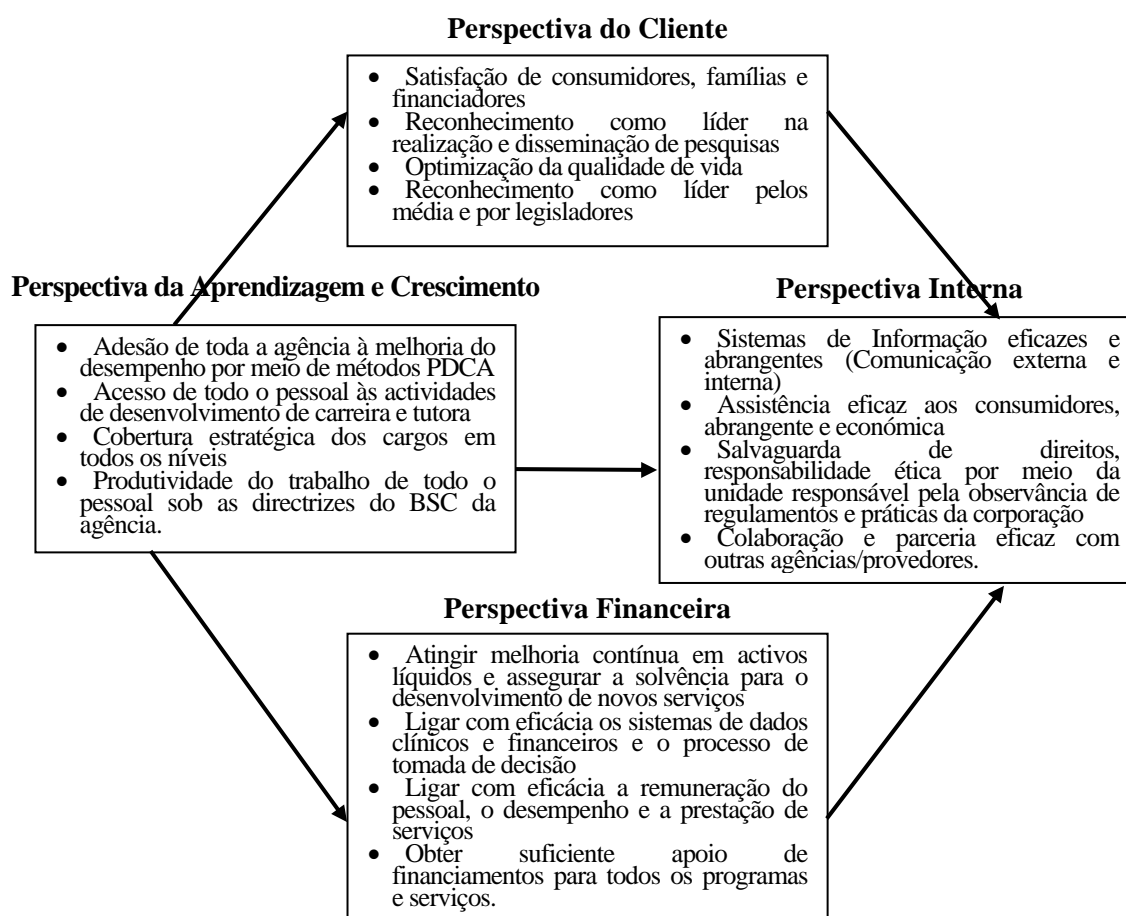


Figura 8 – O *Balanced Scorecard* do *May Institute*.

Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (2000b).

O BSC foi considerado como uma excelente ferramenta para a organização, tendo ajudado os colaboradores, que prestavam assistência directa e serviços humanitários aos pacientes, a compreender a importância dos aspectos empresariais, principalmente, as actividades de orçamento e marketing. Para os colaboradores familiarizados com a área financeira, o BSC comunicava a importância dos serviços humanitários e do desenvolvimento do pessoal. Para além de proporcionar a comunicação, o BSC era utilizado para enfatizar a importância dos processos de recursos humanos, designadamente, o recrutamento e retenção de pessoal.

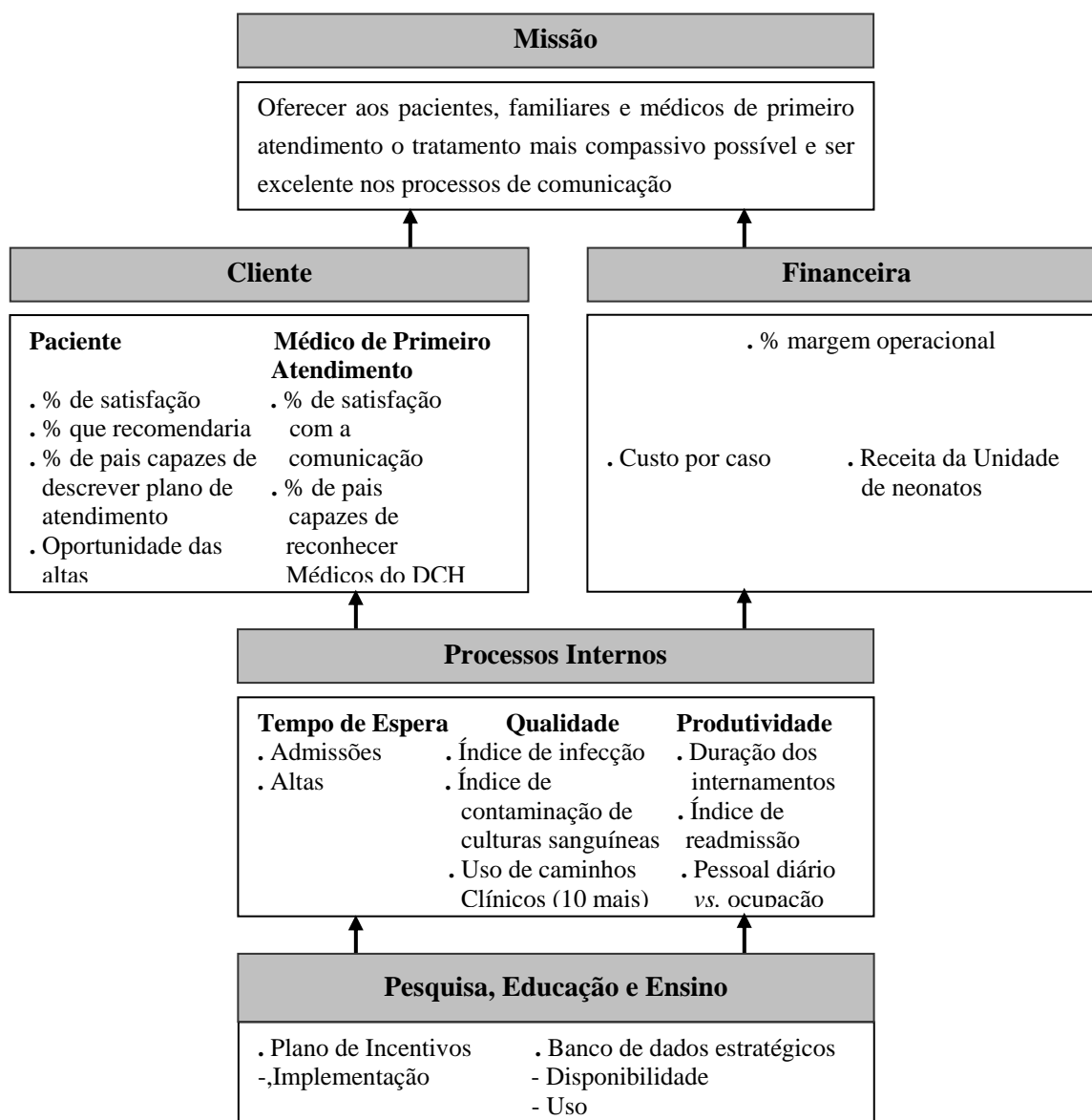
### ***Duke Children's Hospital***

O programa BSC foi lançado e liderado por John Meliones, citado por Kaplan e Norton (2000b), enquanto chefe da Unidade de Tratamento Intensivo em Pediatria do *Duke Children's Hospital* localizado em *Durham* na Carolina do Norte, nos Estados Unidos da América, tendo-se estendido a todas as unidades de pediatria deste hospital, incluindo dois hospitais na região, adquiridos durante o desenvolvimento do programa.

Foram então identificados vários casos prementes, sendo de salientar a confusão acerca da prioridade dos serviços, a ausência de propósitos partilhados entre a administração, pessoal e médicos, a deficiência da comunicação e coordenação com pediatras. A acrescer a estas dificuldades internas, a posição de mercado da organização sujeita a ameaças competitivas, a dificuldade em equilibrar atendimento de qualidade com satisfação quer dos pacientes quer do pessoal, actividades de educação e pesquisa com objectivos financeiros.

Uma equipa multidisciplinar reviu a missão, a visão e a estratégia, e começou a desenvolver o BSC para a estratégia. À perspectiva da aprendizagem e crescimento, foi atribuída a designação de pesquisa, educação e ensino, pelo facto de se tratar de uma missão tão central para uma unidade de tratamento intensivo situada num centro médico académico. Pretendia-se, nesta perspectiva, envolver o pessoal no processo de mudança e promover o progresso do tratamento médico de crianças. Tendo como objectivo melhorar a satisfação dos clientes, foi implementada uma vasta gama de processos em que se geravam ideias com grande impacto e de baixo custo. As restantes perspectivas mantiveram a designação original do BSC, tendo a missão sido colocada no topo.

O BSC definido para o *Duke Children's Hospital* é apresentado na Figura 9.



**Figura9** – O *Balanced Scorecard* do *Duke Children's Hospital*.  
Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (2000b).

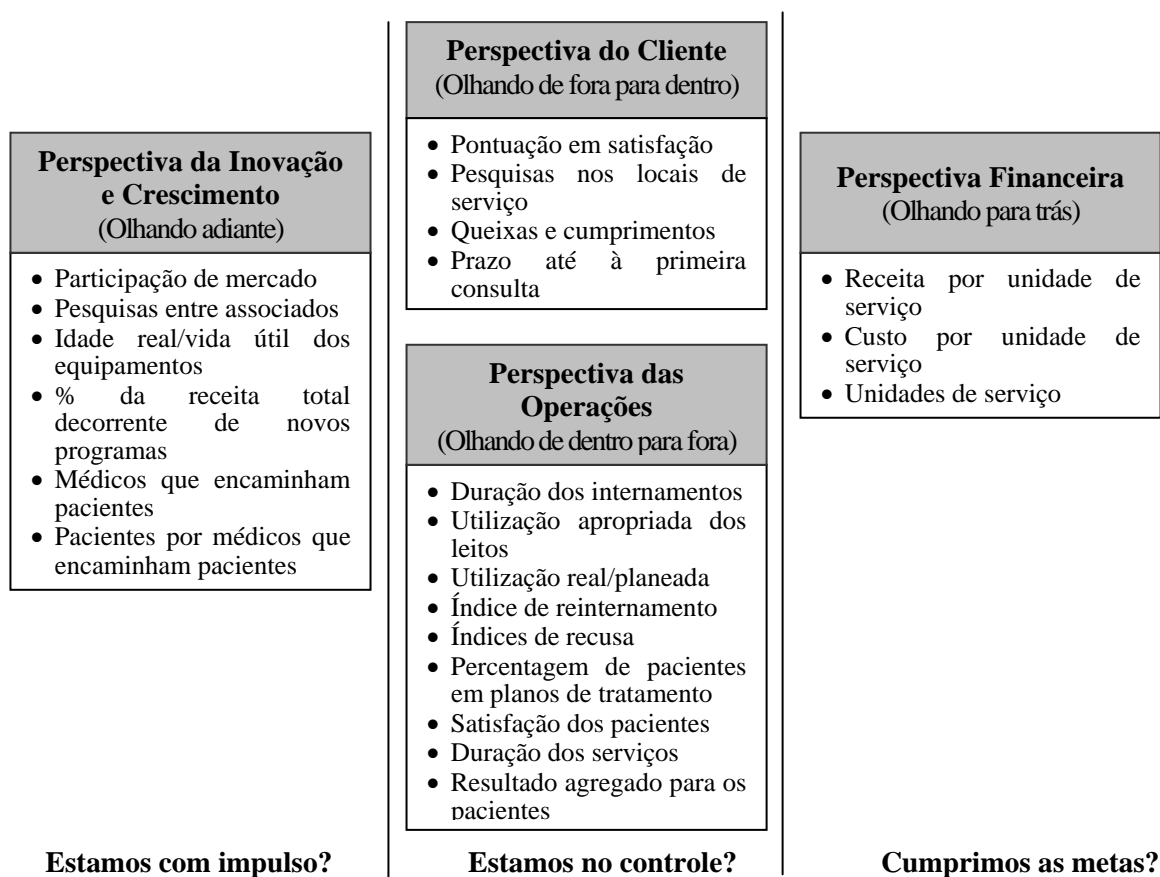
Os resultados de curto prazo das iniciativas e das melhorias de processo promovidas pelo BSC foram significativos, tendo havida uma redução de custos nos programas de aproximadamente \$30 milhões e um aumento de \$50 milhões da margem líquida. Foram melhorados os níveis de satisfação, lealdade e fidelidade, quer de pacientes quer de médicos, dos processos internos que se traduziram em reduções de 25% no custo por caso e na duração média dos internamentos.

### **Montefiore Hospital**

O *Montefiore Hospital* é o hospital universitário do *Albert Einstein College of Medicine* e tem um orçamento anual acima de \$1 Bilião. Com as suas duas unidades

hospitalares, situadas a uma distância de seis quilómetros uma da outra, que foram fundidas numa única divisão operacional em 1996, o principal desafio consistia em realinhar as organizações burocráticas de modo a que estes dois sistemas, até então separados e concorrentes, se reunissem para implementar a estratégia.

O sistema de gestão baseado no BSC concentrava-se na satisfação dos pacientes e nos processos clínicos e administrativos destinados a produzir benefícios para os pacientes, à semelhança do utilizado no *Duke Children's Hospital*. Na Figura 10, é apresentada uma versão simplificada do BSC inicial do *Montefiore Hospital*.



**Figura 10** – O *Balanced Scorecard* do *Montefiore Hospital*.  
Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (2000b).

No *Montefiore Hospital*, o BSC foi o mecanismo através do qual, os chefes das novas unidades descentralizadas participaram das discussões de alto nível para explicitar a estratégia e demonstrar o seu compromisso, mas também como o dispositivo para comunicar e implementar a estratégia nessas unidades com base nos objectivos da gestão de topo que foram definidos no BSC da unidade central. A promoção de um esforço de reorganização, substituindo a estrutura funcional por unidades descentralizadas e focalizadas no cliente, com o lançamento de novas estratégias, veio

proporcionar um aumento da eficiência, a concentração no cliente e o crescimento através do aumento da participação de mercado e do lançamento de novos produtos e serviços.

Para além de Kaplan e Norton, outros autores procederam à elaboração de estudos no âmbito da aplicação do BSC ao sector da saúde. Realça-se o estudo levado a cabo por Inamdar e Kaplan (2002) que veio confirmar as vantagens apontadas no plano teórico do BSC, sendo de realçar: a clarificação e consensualização das estratégias organizacionais; a definição de prioridades ao identificar, racionalizar e alinhar as várias iniciativas; uma maior responsabilização da gestão; o aumento da credibilidade da gestão intermédia perante a gestão de topo; a existência de uma metodologia para a tomada de decisão: uma aprendizagem e melhoria contínua dos colaboradores e da organização como um todo, com a implementação do BSC. Zelman, Pink e Matthias (2003) realizaram diversos neste âmbito, tendo concluído que a implementação do BSC nos serviços de saúde tem uma importância estratégica neste sector, contando já com uma aplicação significativa neste serviço público, com tendência a crescer de forma exponencial.

Um estudo levado a cabo pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003), mostra que um quinto da população inquirida do nosso país revelava insatisfação para com os serviços fornecidos pelos hospitais, concluindo que os serviços de saúde não asseguram uma oferta capaz em algumas especialidades, com tempos de espera elevados e listas de espera de grande dimensão. Presentemente, e de acordo com um relatório recente desta mesma entidade (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2008), têm-se feito nestes últimos anos importantes avanços na reforma dos cuidados de saúde primários, designadamente, no que se refere às Unidades de Saúde Familiares (USF), bem como, nos cuidados continuados.

Mais recentemente, a evolução do sector da saúde no nosso país tem sido significativa, quer nas organizações sem fins lucrativos, quer nas que têm fins lucrativos, apesar da insatisfação generalizada por parte dos utentes. Para Vasco e Figueiredo (2004), a importância dos serviços de saúde tem estado a aumentar, atendendo a uma maior preocupação que as pessoas evidenciam face às questões da sua própria saúde e, conseqüentemente, a sua atitude perante tudo o que está relacionado com a saúde. Para estes autores, os serviços de saúde em Portugal estão a entrar numa nova era, mais orientada para o consumidor e para o marketing, procurando uma

orientação acrescida para o mercado. Contudo, a divulgação e estudo do BSC em Portugal, segundo Russo (2006), decorre com um atraso considerável relativamente aos países da América do Norte e da União Europeia, existindo algumas abordagens, recentes, de investigadores e consultores portugueses, no que se refere a empresas de dimensão reduzida. Ainda segundo este autor, esta metodologia só muito recentemente foi divulgada no nosso país, sendo poucas as empresas ou organizações que tenham implementado o BSC.

Para Ribeiro (2007), a utilização do BSC pelas instituições do sector da saúde, a nível mundial, tem sido bem sucedida, enquanto instrumento de controlo de gestão e de avaliação da eficiência e eficácia dos serviços de saúde. Para este autor, o BSC pode apresentar-se como uma alternativa viável aos tradicionais sistemas de gestão e avaliação da performance dos serviços de saúde, sendo apresentado na Figura 11 um modelo de BSC para uma entidade de saúde sem fins lucrativos.



**Figura 11** – Estrutura do *Balanced Scorecard* tipo para uma entidade de saúde sem fins lucrativos.  
Fonte: Ribeiro (2007)

Nas organizações sem fins lucrativos e em particular nas entidades que actuam no sector da saúde, tem havido uma maior atenção com os clientes. Estes são colocados no



topo do BSC e dos mapas estratégicos, na medida em que, dar resposta a necessidades de cuidados de saúde através da prestação de cuidados eficazes, explica a própria razão de ser e por conseguinte a missão dessas mesmas organizações.

Considerando a importância que o BSC pode ter em qualquer tipo de organização, neste caso em concreto, aos serviços que operam no sector da saúde, este modelo pode ajudar a definir e implementar estratégias, devidamente alinhadas com a missão e a visão do serviço, mobilizando os profissionais para a definição e o alcançar dos objectivos. Atendendo, por um lado, à necessidade crescente da existência de instrumentos de avaliação dos serviços de saúde como forma de aumentar os níveis de satisfação dos utentes e de eficiência organizacional, e por outro, à importância de utilização do BSC, este instrumento, devidamente ajustado mas sem ser desvirtuado, poderá configurar um cenário de mudança e desenvolvimento organizacional no funcionamento do Serviço de Saúde que constitui o objecto de estudo deste trabalho final de mestrado. Com base nas experiências descritas, o BSC a conceber para o Serviço de Saúde, apresentado na Quarta Parte deste trabalho, poderá assumir-se como uma das ferramentas imprescindíveis para a melhoria da performance organizacional e para o sucesso a médio e longo prazo.

Os princípios fundamentais para o desenvolvimento de uma organização focalizada na estratégia são aplicáveis a todos os sectores, tendo sido exposto, anteriormente, o modo como organizações e entidades do sector público utilizaram com eficácia o BSC, obtendo benefícios expressivos. Neste âmbito, da adaptação do BSC a organizações e entidades sem fins lucrativos do sector público, incluindo o da saúde, à semelhança do ocorrido no sector privado, Kaplan e Norton (2000b:159) afirmam:

“Once these modifications have been made, managers in government and nonprofit organizations have used the scorecard to gain agreement on the strategy and then align the organization to deliver it effectively, much like their private sector counterparts.”

**SEGUNDA PARTE**

---

---

**Enquadramento do Trabalho e Metodologia**

---

---

## **CAPÍTULO VI FUNDAMENTAÇÃO E OBJECTIVOS**

### **6.1 Objecto de estudo**

O tema do presente Relatório de Projecto – O *Balanced Scorecard* como Instrumento de Gestão Estratégica adaptado a um Serviço de Saúde - tem como objecto de estudo um Serviço de Saúde que presta cuidados de saúde em ambulatório e em apoio domiciliário, no âmbito da saúde comunitária, através de uma rede de Centros de Saúde e Extensões de Saúde.

Trata-se de um estudo de caso, já que se está perante algo de específico, complexo e em funcionamento, em que os elementos constituintes estão a funcionar e configuram um sistema integrado que envolve pessoas, processos e programas em torno de objectivos comuns. Todos estes elementos despertam um interesse intrínseco na medida em que, ao estudar este caso, aprende-se sobre outros casos mas também porque se entende como necessário aprender sobre este caso em particular (Stake, 2007).

A área predominante de actuação do Serviço de Saúde situa-se ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, sendo assegurados a promoção e a educação para a saúde, a prevenção e o tratamento da doença. São ainda prestados cuidados em algumas especialidades médicas e cirúrgicas.

O Serviço de Saúde desenvolve a sua acção em complementaridade com outros tipos de estruturas de saúde existentes na comunidade, nomeadamente, estruturas pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e ao sector privado. Para tal, são estabelecidos protocolos, parcerias e contratos, seja com entidades e organizações públicas, seja com serviços que operam no sector privado.

A caracterização do Serviço de Saúde em estudo é aprofundada na Terceira Parte deste trabalho.

### **6.2 Fundamentação**

Nos tempos que correm, uma das preocupações dominantes dos governos e das entidades que operam na área da saúde, continua a ser a reforma dos sistemas de saúde, a qual, segundo Chernichovsky (1995) assenta sobretudo na concorrência para promover a eficiência. Os ganhos de produtividade na prestação de cuidados de saúde e a melhoria no acesso dos cidadãos aos serviços de saúde têm influência na dinâmica do mercado da saúde. Pretende-se, nomeadamente, uma maior eficiência, um controle e

optimização efectivos das despesas, que assegurem um acesso mais equitativo e prossiga a preservação dos princípios e valores da solidariedade.

Os cuidados de saúde são mais do que uma parte integrante do sector social, são também um importante sector económico (Dunlop e Martins, 1995; Schneider, Dennerlein, Köse e Scholtes, 1992). As expectativas dos cidadãos têm vindo a aumentar, tornando-se mais exigentes em relação aos cuidados que lhes são prestados, assistindo-se a avanços na adopção de estilos de vida saudáveis e no tratamento de doenças, que se traduzem num prolongamento e aumento da esperança de vida (Lucena, Gouveia e Barros, 1995).

As ferramentas de gestão que contribuem para a performance organizacional e, conseqüentemente, para a tomada de decisão baseada em dados concretos e articulados em torno de uma estratégia, nem sempre estão devidamente implementadas e alinhadas nas organizações. Por outro lado, conforme refere Jordan *et al* (2007), muitas empresas não têm estratégias ou orientações estratégicas bem definidas, e a missão e visão, ainda que sejam claras, nem sempre são difundidas pelos membros da organização, dificultando a sua participação activa tendo em vista o sucesso a longo prazo. A performance organizacional é uma noção multidimensional e segundo Martins (2006: 186) “qualquer projecto de mudança e desenvolvimento organizacional exige, para se poder inferir do seu êxito ou falhanço, um modo de avaliar a sua eficácia”.

A questão geral que se coloca para a elaboração deste trabalho final de mestrado, que é pertinente face à realidade do Serviço de Saúde em estudo, e considerando que não se consegue gerir aquilo que não é possível medir, não sendo possível medir o que não se consegue descrever adequadamente (Kaplan e Norton, 2004), é a seguinte:

- As ferramentas de medição e avaliação da performance organizacional existentes no Serviço de Saúde em estudo são suficientes e adequadas aos fins a que se destinam e estão assentes numa plataforma de alinhamento estratégico, fornecendo informação considerada crucial para a gestão e tomada de decisão?

Considerando por um lado a realidade do Serviço em estudo, e por outro, as características dos sistemas de medição e avaliação da performance, a questão acima apresentada conduz à formulação das seguintes sub-questões:

- Os instrumentos de medição e controlo existentes contêm os indicadores necessários e adequados a uma efectiva gestão da performance organizacional?
- Estes instrumentos de medição e controlo estão alinhados de forma estratégica e abrangem as áreas-chave de actuação do serviço?
- A avaliação e controlo de gestão traduzem-se numa melhoria dos cuidados de saúde prestados, de forma eficaz, numa plataforma de formulação e implementação de estratégias a médio e longo prazo?

Torna-se assim necessário definir o objectivo deste trabalho, tomando em consideração as questões acima enunciadas, e tendo presente o enquadramento conceptual do modelo de medição da performance e de gestão estratégica, que é o BSC, desenvolvido na Primeira Parte.

### **6.3 Objectivo do trabalho**

Face à importância que o BSC assume no mundo empresarial e considerando a sua implementação e divulgação exponencial pelos diversos sectores de actividade a nível mundial, o presente Relatório de Projecto, de natureza marcadamente aplicada e de âmbito empresarial, assenta num enquadramento conceptual, desenvolvido na Primeira Parte deste trabalho, e pretende dar resposta às questões enunciadas no capítulo anterior, conducente à definição e elaboração de um BSC adaptado ao Serviço de Saúde em estudo.

Considerando a pertinência da questão de partida, assim como, as sub-questões que da mesma resultam, enunciadas no capítulo anterior, o objectivo geral deste trabalho é:

- Definir e apresentar uma ferramenta de gestão, adaptada ao Serviço de Saúde em estudo, que proporcione a eficiência e eficácia na utilização dos recursos de forma equilibrada e alinhada, e seja conducente a uma efectiva gestão da performance organizacional, traduzindo-se num sistema de gestão estratégica.

Este instrumento de gestão estratégica que se pretende, definido e elaborado de forma sustentada, decorre de um processo de investigação científica, desenvolvido na Primeira Parte deste trabalho, e baseia-se numa metodologia de análise e diagnóstico do

Serviço de Saúde, em que o seu desenvolvimento é apresentado na Terceira Parte – Caracterização, Análise e Diagnóstico do Serviço de Saúde.

Perante o objectivo geral acima definido e de modo a proporcionar uma interpretação mais aprofundada e concreta, torna-se necessário identificar quais os objectivos específicos, decorrentes do objectivo geral, e que são os seguintes:

- Alinhar estrategicamente a missão e a visão, assim como, as diversas dimensões que criam valor à organização, como sejam as pessoas, os processos e as infra-estruturas;
- Contribuir para uma efectiva medição, avaliação e monitorização da gestão da performance organizacional;
- Definir um sistema de gestão estratégica que vise o sucesso a médio e longo prazo do Serviço de Saúde.

Neste contexto, é de referir a importância do alinhamento estratégico, já que, constitui uma fonte crucial da criação de valor, ao basear-se na obtenção de sinergias a todos os níveis da organização (Pinto, 2007). Ainda nesta perspectiva, a estrutura de uma organização pode ser entendida como o total da soma dos meios utilizados para dividir o trabalho em tarefas distintas, devendo ser assegurada a necessária coordenação entre as mesmas (Mintzberg, 2004), e por conseguinte, o alinhamento estratégico das diversas dimensões da organização.

De acordo com o objectivo geral, que se ambiciona, o BSC apresenta-se como um instrumento de excelência, flexível e adaptável, ao reunir um conjunto de características, já descritas anteriormente, assumindo-se assim como um instrumento de gestão estratégica capaz de dar resposta ao que se pretende, sendo concebido na Quarta Parte deste trabalho – Solução proposta para o Serviço de Saúde.

## **CAPÍTULO VII METODOLOGIA E DESCRIÇÃO DO TRABALHO**

### **7.1 Metodologia, estratégia e recolha de dados**

#### **7.1.1 Metodologia de Trabalho**

Considerando o objecto de estudo, a fundamentação e os objectivos apresentados no capítulo anterior, o desenho de investigação criado para a elaboração deste Relatório de Projecto é sustentado por uma metodologia definida por diferentes fases e métodos de investigação, onde se inclui a identificação dos elementos utilizados para a investigação do tema e para a caracterização, análise e diagnóstico do objecto de estudo, tendo como finalidade atingir os objectivos propostos para as questões que são colocadas.

Numa primeira fase, é feita a Revisão da Literatura, numa metodologia de pesquisa e de investigação científica, baseadas em documentação e informação validada cientificamente.

Seguidamente, e com a finalidade de caracterização do Serviço de Saúde, utiliza-se como metodologia de trabalho, para este estudo de caso, a observação, a análise documental e a realização de entrevistas, procedendo-se à análise e diagnóstico do mesmo, sendo utilizadas diferentes técnicas de recolha e de análise de dados que possibilitam um completo conhecimento e uma compreensão do objecto de estudo.

Tomando como base a Revisão da Literatura e a descrição do Serviço de Saúde, desenvolvidos a partir de todo um trabalho teórico e prático, ambiciona-se dar resposta às questões colocadas e atingir os objectivos que estão definidos no capítulo anterior.

A fase seguinte consiste na definição e elaboração de um instrumento de gestão adaptado ao Serviço de Saúde – o BSC, que constitui o culminar de todo um trabalho, assente numa filosofia de rigor metodológico baseada em investigação, e de sistematização do levantamento da situação actual do objecto de estudo, de modo a que sejam asseguradas a qualidade, fiabilidade e validade necessárias à definição deste novo modelo de gestão. A solução proposta para o Serviço de Saúde considera, necessariamente, os contributos e apreciações dos diversos profissionais que integram o quadro de pessoal deste serviço, desde os colaboradores com funções de responsabilidade ao nível da gestão de topo até aos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde.

### **7.1.2 Estratégia de pesquisa**

O desenvolvimento do processo de investigação científica sobre a temática de uma tese, para Fortin (2003), permite estruturar os elementos do estudo e fornecer um contexto para a interpretação do levantamento da situação. Ainda segundo esta autora, o enquadramento conceptual suporta a formulação de respostas às questões colocadas, sendo desenvolvidas a partir do trabalho teórico e prático que é realizado.

A estratégia de pesquisa definida para a elaboração deste trabalho reveste-se das seguintes abordagens e etapas:

- Investigação do tema com base em pesquisa e análise documental de livros, trabalhos colectivos, periódicos, artigos e revistas da especialidade, documentação de congressos, conferências e seminários, legislação, referencias retiradas da internet e outra documentação validada cientificamente;
- Investigação qualitativa, sendo definidas as técnicas de recolha e análise de dados que proporcionam uma compreensão ampla e absoluta do Serviço de Saúde, visando a sua descrição, interpretação, análise e diagnóstico;
- Validação da análise e diagnóstico junto dos gestores de topo e das restantes chefias que desempenham funções no Serviço de Saúde.

### **7.1.3 Técnicas de recolha e análise de dados**

As técnicas de recolha e análise de dados, que tornam possível a descrição, análise e diagnóstico do Serviço de Saúde, são essencialmente a análise de conteúdo e a obtenção de informação junto dos colaboradores que ajudem à colheita, codificação e análise de dados, relativamente ao Serviço de Saúde, sendo constituídas por:

- Observação directa e participante, com os necessários registos, sendo que, estando ligada à teoria, explica as relações entre os factos observados;
- Consulta documental, como um meio para legitimar e suportar a observação, assim como, sustentar a descrição da situação;
- Entrevistas junto dos gestores de topo, das chefias e de colaboradores dos principais grupos profissionais, num total de quinze entrevistas, com a finalidade de obter, por um lado, a informação que possibilite uma melhor



compreensão e validação da situação actual, e por outro, os contributos no que se refere à solução proposta para o Serviço de Saúde.

## **7.2 Descrição sumária da estrutura do trabalho**

Tendo como finalidade proporcionar um adequado conhecimento científico do tema, uma análise e diagnóstico o mais completos do objecto de estudo, e uma interpretação clara e objectiva da solução que é proposta para o Serviço de Saúde, entendeu-se organizar o presente Relatório de Projecto numa série de etapas progressivas, divididas em cinco partes, como seguidamente se descreve.

### **Primeira Parte**

Trata da Revisão da Literatura, que se segue ao resumo e à introdução do trabalho, e que define a perspectiva do estudo segundo a qual o problema é desenvolvido, explicando as relações que existem entre os conceitos estudados, sendo deste modo a expressão da teoria existente. Desenvolvem-se os temas e conceitos centrais do BSC que suportam os estudos académicos realizados acerca deste modelo de gestão, assim como a orientação teórica a que pertencem. O início introduz e explana a abordagem BSC, os seus antecedentes e contexto, o conceito propriamente dito e a evolução ocorrida até aos tempos actuais. Após a identificação dos conceitos que integram o BSC, dá-se relevo ao ME e às relações de causa e efeito, assim como à forma como este modelo é interpretado como um SGE. Identificam-se as vantagens e limitações do modelo e finaliza-se com a investigação desta ferramenta de gestão a entidades sem fins lucrativos, com ênfase ao sector público em geral e, em particular, aos serviços de saúde.

### **Segunda Parte**

Contempla o enquadramento do trabalho e a metodologia aplicada, procedendo-se à identificação e breve descrição do objecto de estudo, fundamentação e pertinência do estudo, com a declaração precisa das questões que precisam ser respondidas para atingir os objectivos do trabalho que são descritos. Enunciam-se a metodologia de trabalho e o desenho de investigação, a estratégia de pesquisa, as técnicas de recolha e análise de dados para obter as respostas às questões colocadas. Por último, a descrição sumária da estrutura de tese, que agora se apresenta e que conclui este capítulo de Metodologia e Descrição do Trabalho.

### **Terceira Parte**

Descreve e caracteriza, de forma global, o Serviço de Saúde, identifica os instrumentos de avaliação de desempenho e controlo, apresenta as linhas de estratégia e procede a uma análise e diagnóstico do serviço. Esta fase inclui a colheita de dados no terreno através da observação, da consulta documental e de entrevistas, seguindo-se a organização e o tratamento dos dados obtidos, assim como, a análise de conteúdos. Na sequência da interpretação da informação, procede-se à descrição e narrativa do objecto de estudo. Por último, é feita a análise e diagnóstico dos principais recursos e componentes que interagem no serviço em estudo.

### **Quarta Parte**

Apresenta a solução proposta para o Serviço de Saúde, o *Balanced Scorecard* como um Instrumento de Gestão Estratégica. Esta ferramenta é elaborada de forma adaptada e adequada às características do Serviço de Saúde, sendo baseada por todo o trabalho teórico de investigação desenvolvido na Primeira Parte e com os contributos obtidos pelos colaboradores do mesmo serviço. A acompanhar o *Balanced Scorecard*, definem-se um Mapa Estratégico, um Mapa de Objectivos Estratégicos e um Mapa de Indicadores Chave de Desempenho, como instrumentos complementares ao modelo. A solução proposta, de grande interesse e importância para o serviço em estudo, poderá sê-lo, também, para o meio empresarial que opera no sector da saúde, bem como, para o meio académico. Esta parte é finalizada com a enumeração das etapas que devem ser seguidas previamente à implementação do *Balanced Scorecard*.

### **Quinta Parte**

Apresenta as conclusões, fazendo um balanço final do Relatório de Projecto, em que se realçam os aspectos principais do que é feito e do que se conseguiu, relacionando a investigação científica com os instrumentos de gestão estratégica propostos para o Serviço de Saúde. É feita, também, uma breve menção às limitações enfrentadas na realização deste trabalho. Finalmente, esta quinta e última parte é concluída com o lançamento de sugestões para investigação futura.

### **Referências bibliográficas**

Contêm a lista das fontes que foram utilizadas, onde se incluem todos os autores que tenham sido referidos no texto, e finalizam o presente Relatório de Projecto.

**TERCEIRA PARTE**

---

---

**Caracterização, Análise e Diagnóstico do Serviço de Saúde**

---

---

## **CAPÍTULO VIII DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO**

### **8.1 Introdução**

O Serviço de Saúde em estudo está integrado numa entidade sem fins lucrativos e é constituído por um conjunto de estabelecimentos de saúde, localizados nas zonas de maior pobreza e exclusão social da cidade de Lisboa, através dos quais presta cuidados de saúde no âmbito da saúde comunitária, abrangendo de forma global e integrada todo o ciclo de vida do indivíduo: Infância, Adolescência, Adulto e Idoso.

A área predominante de actuação situa-se ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). São ainda prestados Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD), com expressão reduzida, com algumas especialidades médicas. Para além dos cuidados disponibilizados em ambulatório, são prestados cuidados de saúde no domicílio, de acordo com as necessidades dos utentes. O Apoio Domiciliário (AD) tem como vectores de actuação o domicílio propriamente dito, os estabelecimentos de acção social pertencentes à entidade sem fins lucrativos, Instituições Particulares de Solidariedade Social e lares particulares.

A filosofia de actuação enquadra-se no âmbito da prestação de cuidados de saúde dirigidos a uma população considerada mais desfavorecida económica e socialmente, que inclui grupos de risco e de exclusão social, residente na cidade de Lisboa. O Serviço de Saúde desenvolve a sua acção em complementariedade com outros tipos de estruturas de saúde existentes na comunidade, designadamente, estruturas pertencentes ao SNS, procurando deste modo uma maior e melhor acessibilidade aos cuidados de saúde. Para tal, são estabelecidos protocolos de cooperação, parcerias e contratos, seja com entidades públicas, seja com organizações e serviços privados.

Para a prossecução da sua missão e dos seus objectivos, o Serviço de Saúde integra uma rede de estabelecimentos, constituída por Centros de Saúde (CS) e Extensões de Saúde (ES), através dos quais são prestados cuidados de saúde à sua população utente.

### **8.2 Missão**

O Serviço de Saúde tem como missão contribuir para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, privilegiando a educação para a saúde, na área dos CSP e CSD, através da prestação de cuidados de saúde personalizados dirigidos

preferencialmente aos mais desprotegidos da cidade de Lisboa, de modo a satisfazer com qualidade as expectativas e reais necessidades da sua população alvo.

A missão é um instrumento de atracção, motivação e envolvimento colectivo, que apresenta um carácter intemporal, dá sentido e significado ao trabalho quotidiano, e não é mais do que a razão de existir de uma organização (Martins, 2006).

O Serviço de Saúde tem uma missão institucionalizada que, ao ser transposta e validada na prática, no dia-a-dia, pelos diversos profissionais de saúde e colaboradores, permite afirmar que a mesma corresponde efectivamente à *raison d'être* da organização, constituindo, também, um estímulo e uma inspiração para a mudança e progresso contínuos.

### **8.3 Objectivos**

Sendo um serviço prestador de cuidados de saúde, integrado numa entidade sem fins lucrativos, e tendo presente a missão que o norteia, o Serviço de Saúde tem como principais objectivos:

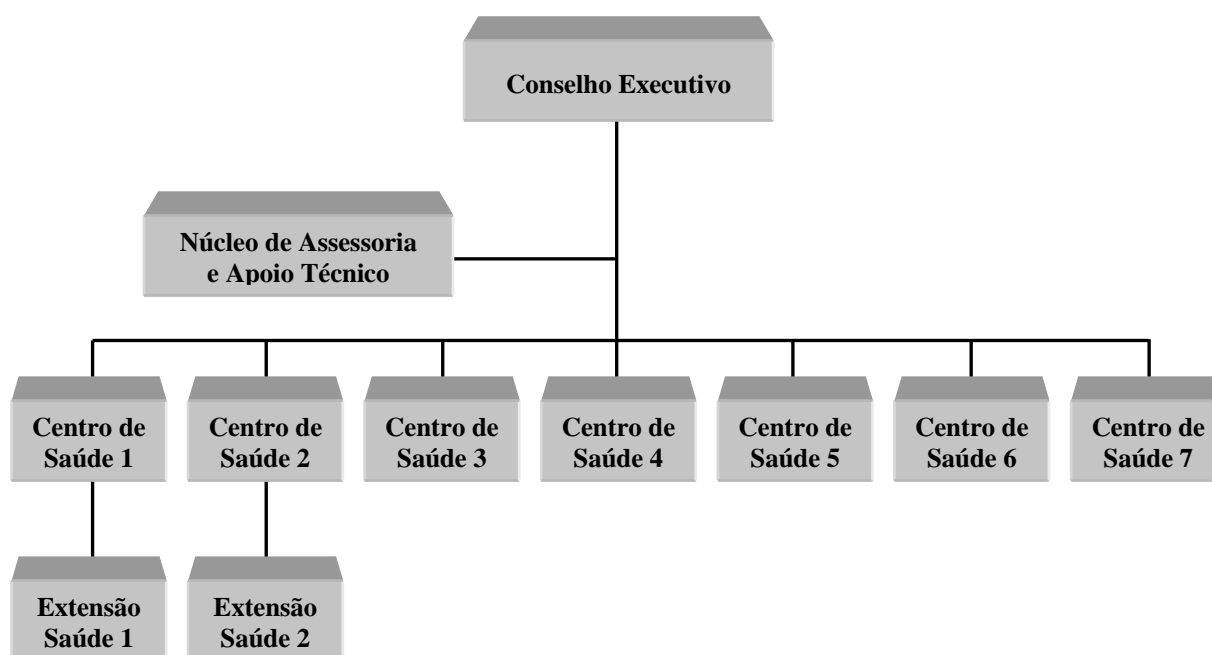
- Promover a saúde e a qualidade de vida dos utentes;
- Prevenir e tratar a doença, privilegiando a educação para a saúde;
- Prestar cuidados de saúde em ambiente humanizado e otimizar a capacidade instalada;
- Promover a equidade no acesso e no atendimento;
- Promover condições de humanização dos serviços e a satisfação dos utentes;
- Desenvolver acções que visem dar resposta a novas situações emergentes e previsíveis.

No que se refere aos seus colaboradores, o Serviço de Saúde tem como finalidades: orientar a actividade na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional; e promover o ensino, a investigação científica e a formação profissional no domínio da saúde familiar e comunitária.

É de referir que o estabelecimento de protocolos, parcerias e contratos com entidades e serviços públicos e privados, constitui uma metodologia e contribui para a prossecução dos objectivos que o Serviço de Saúde se propõe atingir.

## 8.4 Estrutura Orgânica

O organograma do Serviço de Saúde que se apresenta na Figura 12 foi aprovado pelo Conselho de Administração da entidade à qual o Serviço de Saúde pertence, e pretende revelar a estrutura básica e simples do serviço com as suas unidades orgânicas e as ligações existentes entre as mesmas.



**Figura 12** - Organograma do Serviço de Saúde.

Fonte: Regulamento Orgânico do Serviço de Saúde.

O Serviço de Saúde é dirigido por um Conselho Executivo (CESS), composto pelo Presidente, Director Clínico e Enfermeiro Director. Integra um Núcleo de Assessoria e Apoio Técnico (NAAT), dirigido por um Director, que dá apoio à gestão do Serviço de Saúde nas vertentes técnica e administrativa. Cada um dos sete CS é gerido por um Coordenador, que é médico, coadjuvado por um Conselho Técnico do Centro de Saúde (CTCS) composto por um médico e um enfermeiro.

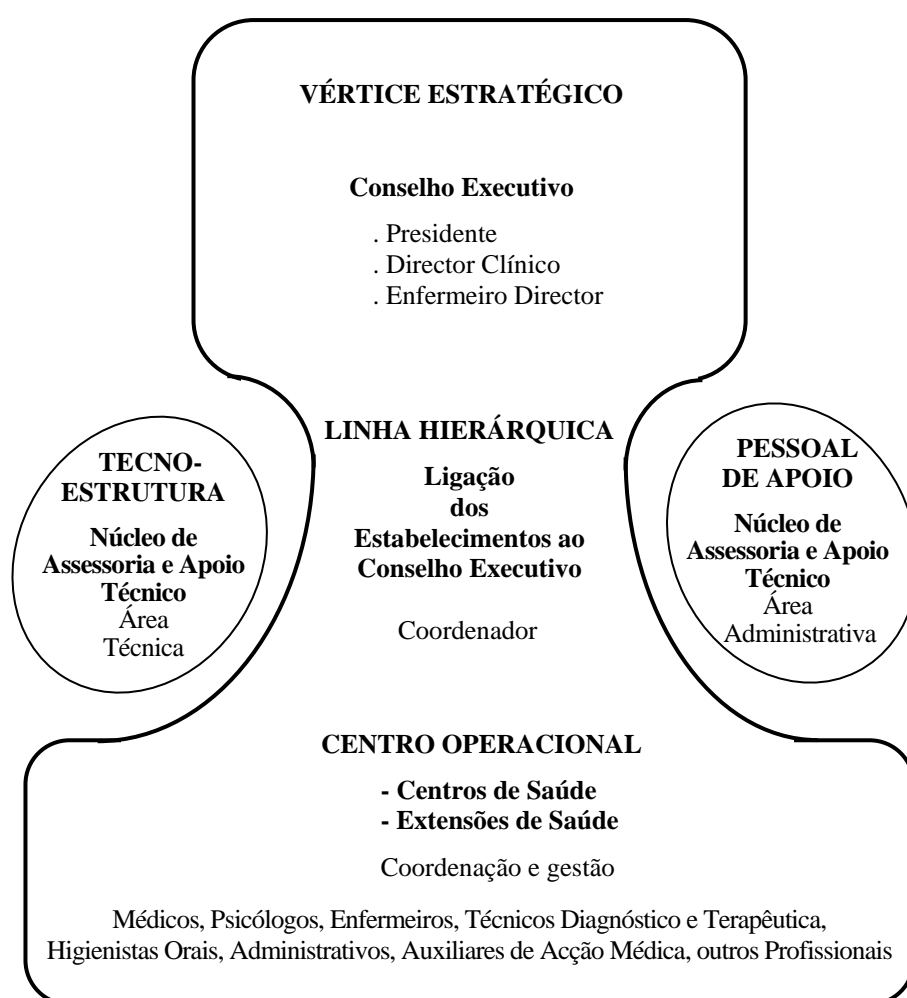
## 8.5 Configuração estrutural base e dinâmica organizacional

O funcionamento de uma organização é determinante quanto à forma como a mesma se estrutura. Para compreender como é que uma organização funciona, o organograma por si só pode não ser suficiente. Para tal, é necessário conhecer as suas componentes básicas, as suas áreas de funcionamento, as funções em cada uma destas, o

modo como se inter-relacionam, e os diferentes mecanismos de coordenação de trabalho.

### **8.5.1 Componentes básicas e forças actuantes**

Segundo Mintzberg (2004), as organizações são descritas em função das suas cinco componentes básicas: Vértice Estratégico, Centro Operacional, Linha Hierárquica, Tecnoestrutura, e Pessoal de Apoio. Procedendo a uma transposição das unidades orgânicas do Serviço de Saúde para aquelas componentes básicas, poder-se-á propor, para este serviço, uma configuração estrutural base como a que se apresenta na Figura 13.



**Figura 13** - Configuração Estrutural Base do Serviço de Saúde.

Fonte: Adaptado de Mintzberg (2004).

Relativamente às funções das componentes do Serviço de Saúde e às ligações entre si, procede-se seguidamente à descrição sumária de cada uma das mesmas<sup>14</sup>.

### **Conselho Executivo**

Compete ao CESS assegurar a elaboração do Plano de Actividades e do Relatório de Gestão do Serviço de Saúde, assim como, a aprovação dos Planos e Relatórios de Actividades e Relatórios dos CS e ES com o acompanhamento da gestão destes estabelecimentos.

Este órgão de gestão tem ainda outras competências, sendo de realçar: contribuir para a definição das estratégias de desenvolvimento; assegurar a gestão dos recursos e optimizar a capacidade instalada; promover a investigação em saúde; garantir a elaboração do orçamento e o acompanhamento da execução orçamental. A promoção, elaboração e coordenação da definição de normas, protocolos e orientações também fazem parte das atribuições do CESS.

### **Núcleo de Assessoria e Apoio Técnico**

O NAAT, conforme referido anteriormente, abrange as áreas técnica e administrativa e é dirigido por um Director. Este núcleo funciona como uma unidade de suporte e apoio à actividade do Conselho Executivo, assegurando o apoio à gestão, designadamente, o apoio instrumental, técnico e administrativo à tomada de decisão e ao acompanhamento da actividade desenvolvida nos CS e ES.

Neste serviço, são ainda elaborados estudos, análises, pareceres e propostas em áreas diversas, salientando-se: Sistemas de Informação; Planeamento e Controlo de Gestão; Gestão Financeira e Orçamental; Gestão de Recursos Humanos; Organização; Indicadores e Estatística.

### **Centros de Saúde e Extensões de Saúde**

Os Coordenadores de cada um dos sete CS desempenham funções que se situam quer em termos de linha hierárquica, quer ao nível do centro operacional: asseguram a ligação dos CS ao CESS; têm a responsabilidade de gestão dos CS e ES, sendo assessorados pelos respectivos CTCS.

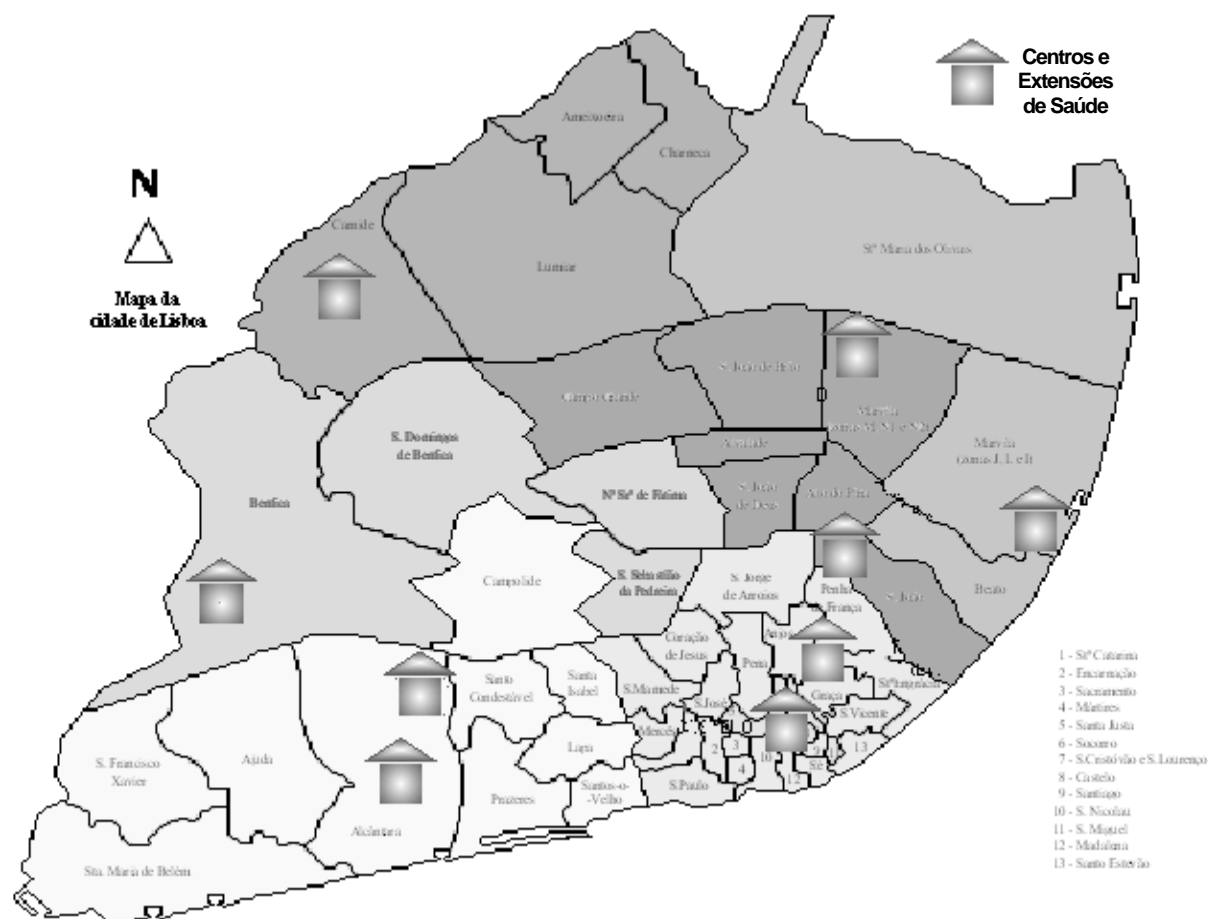
---

<sup>14</sup> Não se incluem os serviços instrumentais que têm funções num quadro de apoio logístico, na medida em que, constituem serviços externos ao Serviço de Saúde, dando apoio geral, no âmbito das suas competências, a este e outros serviços que integram a entidade.



É nos CS e ES que se encontram os profissionais de saúde que prestam os diversos tipos de cuidados, posicionando-se deste modo no centro operacional e constituindo a essência e a razão de ser do Serviço de Saúde, dando assim cumprimento à sua missão.

A figura seguinte mostra-nos a distribuição e localização dos CS e ES do Serviço de Saúde na cidade de Lisboa.



**Figura 14** - Mapa da cidade de Lisboa com a localização geográfica dos Centros e Extensões de Saúde do Serviço de Saúde.

Fonte: Adaptado do mapa da cidade de Lisboa.

### 8.5.2 Tipo de configuração e mecanismos de coordenação

A estrutura de uma organização pode ser definida como a soma total dos meios empregues para dividir o trabalho em tarefas distintas e, para em seguida, assegurar a coordenação necessária entre as mesmas, segundo Mintzberg (2004), adoptando um determinado tipo de configuração ao qual estão associados mecanismos de coordenação. Tomando como referência aquele autor, o CESS é identificado como o elemento chave

do serviço, conferindo deste modo um tipo de estrutura considerada Estrutura Simples. No âmbito da standardização dos processos de trabalho, o NAAT poderá evidenciar um tipo de estrutura que se enquadra na Burocracia Mecanicista. Considerando a complexidade e a standardização das qualificações, que ocorrem no centro operacional, estar-se-á perante um mecanismo de coordenação no âmbito da Burocracia Profissional. A ligação dos CS e ES ao CESS implica uma standardização dos resultados, o que poderá pressupor a existência de uma Estrutura Divisionada. O ajustamento mútuo, como mecanismo de coordenação típico da Adhocracia, também é constatado entre os colaboradores. No desenvolvimento das suas actividades, o Serviço de Saúde caracteriza-se por uma composição complexa das configurações e mecanismos de coordenação acima descritos, sendo o CESS a componente chave do Serviço de Saúde, competindo-lhe assegurar o cumprimento da missão do serviço que dirige.

## **8.6 Actividade e recursos**

### **8.6.1 Valências e especialidades**

Nos CS e ES, são disponibilizados cuidados em Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna e Planeamento Familiar, e Saúde de Adultos/Idosos, constituindo-se como as valências base do Serviço de Saúde. São prestadas ainda de consultas de especialidade e outro tipo de actividades em saúde conforme a tabela que seguidamente se apresenta.

**Tabela 7** – Valências e especialidades do Serviço de Saúde.

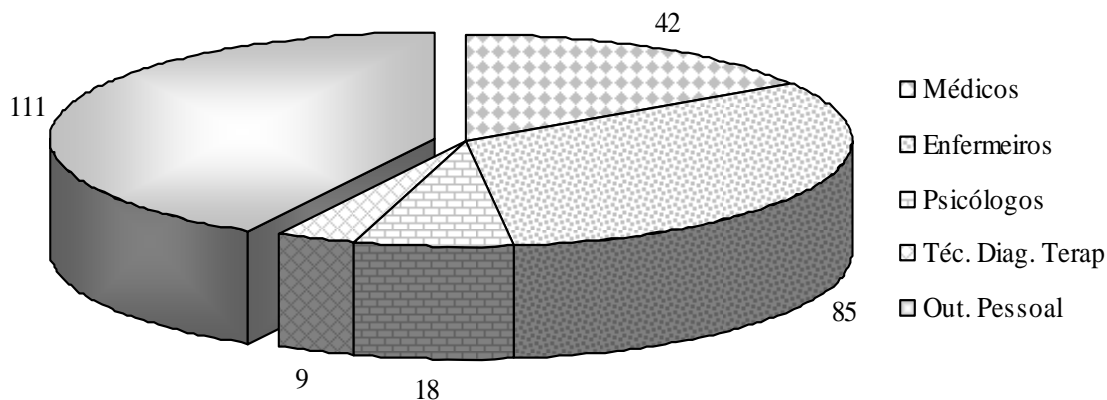
Valências e Especialidades	Equipamentos de Saúde								
	Centros de Saúde							Extensões de Saúde	
	CS1	CS2	CS3	CS4	CS5	CS6	CS7	ES1	ES2
<b>Valências Base</b>									
Saúde Infantil e Juvenil	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Saúde Materna e Planeamento Familiar	x	x	x	x	x	x	x		
Saúde Adulto/ Idoso	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Apoio Domiciliário	x	x	x	x	x	x	x		
<b>Especialidades</b>									
Pediatria	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ginecologia/Obstetrícia	x	x	x	x	x	x	x		
Oftalmologia	x								
Otorrinolaringologia	x								
Estomatologia	x								
<b>Out. Valências</b>									
Saúde Mental Infantil e Juvenil	x								
Saúde Mental Adultos	x	x	x	x	x	x	x		
<b>Outras Actividades</b>									
Actividades de Enfermagem	x	x	x	x	x	x	x	x	x
MCDT	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Educação para a Saúde	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rastreios	x	x	x	x	x	x	x	x	x

### 8.6.2 Recursos e meios

À semelhança de qualquer organização, a actividade que é desenvolvida no Serviço de Saúde exige todo um conjunto de recursos físicos, financeiros e humanos, articulados entre si, sem os quais, a prestação de cuidados de saúde e a consequente satisfação do cliente, que se pretende, não seriam possíveis. O Serviço de Saúde dispõe, no que respeita aos estabelecimentos de saúde, de sete CS e duas ES, conforme já referido.

Relativamente aos recursos financeiros, o orçamento anual de despesas correntes, para este ano de 2009, situa-se próximo dos 11,3 Milhões de Euros. A execução orçamental do ano anterior foi de 10,6 Milhões de Euros.

O quadro de pessoal é composto por 265 colaboradores que se repartem, no que respeita ao vínculo laboral, por detentores de Contrato Individual de Trabalho, Função Pública, Prestação de Serviços e Comissão de Serviço, estando repartidos por diferentes grupos profissionais conforme é ilustrado na Figura 15.



**Figura 15** - Distribuição do Pessoal do Serviço de Saúde pelos principais grupos profissionais em 01.03.2009.

Fonte: Direcção de Recursos Humanos da entidade.

### 8.6.3 Indicadores de Gestão

Os Indicadores de Gestão que têm sido utilizados pelo Serviço de Saúde reflectem, numa vertente quantitativa, as actividades assistenciais que são desenvolvidas em todas as valências e especialidades, os custos que lhes estão associados (os proveitos

não têm expressão), os recursos humanos e a qualidade, estando os mais relevantes apresentados na tabela abaixo.

**Tabela 8** – Indicadores de Gestão do Serviço de Saúde – Ano de 2008 e 1º Trimestre 2008/09<sup>15</sup>.

Indicadores de Gestão	Ano 2008	1º Trimestre	
		2008	2009
<b>Enquadramento</b>			
Utentes Inscritos	39.742	35.953	41.107
Utentes Assistidos	169.292	40.525	43.418
<b>Actividade Assistencial</b>			
Consultas Médicas	64.243	16.640	17.398
Consultas de Psicologia	13.549	3.412	3.633
Actos de Enfermagem	243.609	55.355	65.464
Domicílios Médicos	9.631	2.526	2.713
Domicílios de Enfermagem	40.525	9.344	11.790
<b>Qualidade</b>			
Taxa Primeiras Consultas Médicas	29,0%	49,0%	53,2%
Tempo Médio Espera Consulta Médica	36 dias	45 dias	46 dias
<b>Recursos Humanos e Financeiros</b>			
Colaboradores Efectivos (unidades)	264	244	265
Taxa de Absentismo (%)	3,41	3,9	3,8
Custos Totais (Milhares de €)	10.600	2.145	2.085

Fonte: Plano de Actividades 2008 e 2009 do Serviço de Saúde.

<sup>15</sup> Alguns dos dados constantes da Tabela são provisórios podendo ter sofrido alteração desde a sua colheita até à entrega deste trabalho.

## **CAPÍTULO IX INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E CONTROLO**

### **9.1 Plano de Actividades**

O Plano de Actividades do Serviço de Saúde é considerado como um instrumento de planeamento, medição, avaliação de desempenho e controlo das actividades que são planeadas e implementadas, sendo constituído pelos seguintes documentos: Plano de Actividades – Objectivos (Anexo I); Fichas de Acções e Recursos; Listagem de Acções a Desenvolver e Acompanhamento (Anexo II); Proposta de Orçamento/Execução Orçamental (Anexo III); Plano de Actividades – Execução (Anexo IV); e Plano de Actividades – Variação Execução/Objectivos – Trimestral (Anexo V).

Durante o terceiro trimestre do ano em exercício, o Plano de Actividades é elaborado para o ano seguinte, em conformidade com as políticas e orientações emanadas do Conselho de Administração da entidade, sendo submetido à apreciação e decisão deste mesmo órgão de gestão.

No ano de implementação, procede-se a um acompanhamento do referido plano, com uma periodicidade trimestral, sendo utilizados, para o efeito, os documentos acima identificados.

### **9.2 *Tableau de Bord***

Como instrumento de avaliação, desempenho da actividade e informação sintética e rápida de apoio à decisão, é elaborado o TDB (Anexo VI) do Serviço de Saúde, com uma periodicidade mensal. Este quadro agrupa os indicadores sob quatro áreas-chave: Enquadramento, Actividade Assistencial, Recursos Humanos, Qualidade e Recursos Financeiros.

O *Tableau de Bord* do Serviço de Saúde fornece informação quantitativa relativamente ao período em análise e período homólogo do ano anterior, os respectivos acumulados e ainda os objectivos quantitativos planeados para o período em análise. O mesmo quadro de indicadores permite, em termos percentuais, a comparação da execução com as previsões e a variação nos períodos homólogos.

Presentemente, este instrumento não está integrado no conjunto de documentos do Plano de Actividades. Independentemente da pertinência e validade que lhe seja

atribuída, não tem tido qualquer efeito no processo de gestão e tomada de decisão. A limitação deste e dos restantes instrumentos de avaliação é descrita no ponto seguinte.

### **9.3 Limitação dos instrumentos**

A medição e avaliação do desempenho são fundamentais em qualquer organização e em particular no Serviço de Saúde, já que constitui o objecto de estudo deste trabalho final de mestrado. A conceptualização e a existência de um modelo de avaliação global e integrado, bem como, um alinhamento organizacional dentro do Serviço de Saúde e entre este e os diversos *stakeholders*, tornam-se cruciais.

A identificação dos melhores e mais adequados indicadores e a concepção e utilização de sistemas de avaliação de desempenho inovadores e validados, num ambiente de contenção e racionalização de custos, constituem limitações e constrangimentos a um desempenho organizacional que se pretende seja de excelência.

Os instrumentos de medição e avaliação de desempenho e controlo do Serviço de Saúde, anteriormente identificados, induzem a um somatório de documentos que, não obstante se encontrem interligados, não reflectem, nomeadamente, as áreas-chave de actuação, as relações de causa e efeito, que possam vir a proporcionar um processo de aprendizagem, melhoria e crescimento organizacional.

Aqueles instrumentos parecem carecer, ainda, na sua utilização, de um alinhamento estratégico que agregue e interligue, num único documento (que não existe), a missão, a visão, a estratégia, as áreas-chave de actuação e todos os factores que lhes estão inerentes, considerados relevantes, proporcionando uma efectiva gestão da performance organizacional.

Por outro lado, e no que se refere a indicadores de resultados, o planeamento, a avaliação e o controlo de gestão, não têm traduzido nem evidenciado uma melhoria dos cuidados de saúde prestados assente numa plataforma de formulação e implementação de estratégias a médio e longo prazo.

## CAPÍTULO X ANÁLISE E DIAGNÓSTICO

### 10.1 Introdução

Neste capítulo, que finaliza a caracterização do Serviço de Saúde, procede-se a uma análise e diagnóstico do Serviço de Saúde, que se pretende seja global e abrangente, noutras domínios para além da limitação dos instrumentos de avaliação e desempenho, já apresentada anteriormente, utilizando para o efeito, a análise SWOT<sup>16</sup>.

Em termos sucintos, e segundo Escoval (2003), o objectivo desta metodologia consiste em analisar as capacidades internas da organização e deste modo, capacitar os decisores para a definição de objectivos e metas com fins adequados às exigências do meio envolvente em que a organização actua.

Pela sua importância, procede-se seguidamente a uma análise e diagnóstico do Serviço de Saúde com o recurso à ferramenta SWOT.

### 10.2 Análise SWOT

A análise que seguidamente se apresenta, assenta nos factores internos e externos em que o Serviço de Saúde actua e se encontra envolvido, procurando evidenciar os pontos fortes e os pontos fracos deste Serviço, assim como, as ameaças e as oportunidades no seu meio envolvente.

#### 10.2.1 Pontos fortes

As variáveis que identificam os pontos fortes fazem parte do ambiente interno e caracterizam as actividades em que o Serviço de Saúde tem um bom desempenho, com eficiência e eficácia, sendo de realçar:

- Missão: está claramente definida e divulgada a todos os colaboradores, sendo traduzida no desempenho das suas funções no dia-a-dia;
- Localização geográfica: alguns dos CS e ES estão localizados nas zonas de maior pobreza, risco e exclusão social da cidade de Lisboa, indo assim ao encontro da população alvo;

---

<sup>16</sup> A ferramenta SWOT foi criada em 1951 por dois professores da *Harvard Business School*, Roland Christensen e Kenneth Andrews, com o livro deste último *The Concept of Strategy* de 1971 a ser citado por Mintzberg, Lampel, Quinn e Ghoshal (2002). A designação SWOT é um anagrama que deriva do idioma inglês e resulta das iniciais das palavras anglo-saxónicas *Strengths* (forças) e *Weaknesses* (fraquezas) referentes à organização (ambiente interno), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças) para a organização (ambiente externo).

- Valências: dispõe de um oferta diversificada e acompanha o desenvolvimento do indivíduo em todo o seu ciclo de vida;
- Profissionalismo e empenhamento: existência de um corpo de profissionais de saúde devidamente credenciado, constituindo-se como uma equipa multidisciplinar com experiência em populações desfavorecidas;
- Imagem: o Serviço de Saúde está integrado numa entidade de média e grande dimensão, que actua na área da solidariedade social, estando associado a uma imagem forte.

### **10.2.2 Pontos fracos**

Os pontos fracos integram o ambiente interno e identificam as actividades do Serviço de Saúde em que os objectivos não foram atingidos ou que se encontram abaixo do funcionamento considerado normal, assim como, os factores que contribuem para tal, designadamente:

- Estratégia e visão: ausência, ou se existem, não estão divulgadas;
- Sistema informático: inexistente, havendo aplicações e bases de dados dispersas sem interligação, o que, conseqüentemente, tem um forte impacto ao nível da falta de qualidade e rigor da informação;
- Processos Clínicos: assentes exclusivamente em suporte manual, condicionando deste modo a sua gestão de um modo eficiente;
- Cuidados de saúde preventivos: os objectivos deveriam ter um pendor maior para este tipo de cuidados, com reforço da medicina geral e familiar;
- Profissionais de saúde: escassez de colaboradores, que se traduz em elevados tempos de espera para primeiras consultas;
- Motivação e incentivos: não são elevados, o que pode levar os colaboradores a procurar outros serviços e organizações de saúde. Internamente, pode traduzir-se em quebras de produtividade e eficácia, afectando a qualidade dos cuidados prestados e por conseguinte, a imagem do serviço;
- Formação profissional: escassa, limitando assim a actualização e aquisição de conhecimentos, sendo fundamental para uma bom desempenho.

### **10.2.3 Oportunidades**

Fazendo parte integrante do ambiente externo, as oportunidades estão associadas à necessidade de se prever eventuais desenvolvimentos futuros que possam ter um



impacto positivo, e a situações que poderão ter repercussões positivas no futuro para o Serviço de Saúde, como sejam:

- Sistema informático: há diversas aplicações informáticas na área dos CSP, já testadas e validadas, desenvolvidas por empresas solidamente implantadas no mercado nacional e internacional;
- Contratualização: estabelecer protocolos, parcerias e acordos com entidades, públicas e privadas, que actuem, nomeadamente, na área da saúde;
- Complementariedade: definir áreas de intervenção e cuidados de saúde com o SNS, e outras entidades privadas, visando uma prestação complementar;
- Centros e Extensões de Saúde: Expansão nas zonas de actuação, onde reside a população alvo, onde outras entidades de saúde não intervêm;
- Promoção da saúde e prevenção da doença: uma grande parte das causas de morbilidade e mortalidade são susceptíveis de intervenções preventivas, o que, reforçando esta área, proporciona um posicionamento privilegiado.

#### **10.2.4 Ameaças**

As ameaças também integram o ambiente externo e traduzem-se em crises e constrangimentos, com consequências e reflexos negativos nos resultados, sendo identificadas as seguintes:

- Outras entidades de saúde: eventual desconhecimento dos cuidados disponibilizados por outras entidades de saúde;
- Oferta de cuidados de saúde: variedade da oferta por entidades públicas, privadas e outras;
- Condições de trabalho: ofertas de trabalho no exterior com melhores condições em termos profissionais e remuneratórios, podendo ter efeitos, internamente, na redução do capital humano e da qualidade nos cuidados prestados;
- Expectativas pessoais: desenvolvimento de uma carreira baseada e sustentada no mérito e no desempenho.

Importa, contudo, referir que as ameaças não têm necessariamente de ser vistas como aspectos negativos, podendo ser transformadas em oportunidades e nessa medida, potenciar o aparecimento de pontos fortes no Serviço de Saúde.

**QUARTA PARTE**

**Solução proposta para o Serviço de Saúde**

## **CAPÍTULO XI *BALANCED SCORECARD***

### **11.1 Objectivos**

O capítulo que agora se inicia e os que se lhe seguem, que constituem a Quarta Parte deste trabalho, consideram os contributos dos profissionais que integram o quadro de pessoal do Serviço de Saúde, nomeadamente, dos membros que compõem o CESS, das chefias do NAAT e dos CS, e de profissionais de saúde que desempenham funções ao nível do centro operacional.

O BSC que se pretende conceber para o Serviço de Saúde constitui o tema central deste trabalho final de mestrado. A sua finalidade é a de constituir-se como um instrumento de gestão estratégica, promover o alinhamento estratégico de todas as suas componentes, desde os objectivos estratégicos até aos colaboradores que dão corpo e vida à organização, e proporcionar a obtenção de ganhos em saúde, assumindo-se como a base e o pilar para a gestão da performance organizacional do Serviço de Saúde.

#### **11.1.1 Sistema de Gestão Estratégica**

O BSC, como instrumento de gestão estratégica para o Serviço de Saúde, deve estar revestido de um conjunto de objectivos que, seguidamente, se enunciam:

- Focalizar os órgãos de direcção para a identificação dos factores críticos de sucesso, dos processos e actividades considerados mais importantes;
- Contribuir para a formulação e implementação de objectivos estratégicos, baseados no utente, que proporcionem a concretização da estratégia e a especificação concreta da visão em alinhamento com a missão;
- Identificar e realizar os objectivos estratégicos que reforcem as competências do serviço e atribuam coerência às acções com a estratégia de modo a aproximar a realidade à visão;
- Potenciar uma melhoria do desempenho estratégico, operacional e organizacional, com o *feedback* resultante da experiência, de forma a atingir elevados padrões de eficiência e eficácia, conducentes a uma actuação de excelência;
- Melhorar as actividades e os processos internos que compõem a cadeia de valor, já que constituem a essência da estratégia, quer na forma de prestar cuidados de saúde, que se processam no centro operacional, quer na distinção dessa prestação comparativamente a outras entidades de saúde;

- Definir um conjunto de indicadores estratégicos, de desempenho, financeiros e não-financeiros, tangíveis e intangíveis, adequado e coerente com a missão, visão e estratégia;
- Medir, monitorizar e avaliar, de forma contínua, as acções e o seu contributo para a realização dos objectivos estratégicos, num quadro de gestão e monitorização da performance;
- Fornecer informação numa perspectiva multidimensional, que se revele fundamental ao processo de tomada de decisão;
- Proporcionar uma aprendizagem estratégica e, conseqüentemente, adequar o posicionamento do serviço e os cuidados de saúde a prestar ao utente;
- Ajudar a promover a mudança e a evolução da cultura organizacional, num processo de melhoria contínua.

### **11.1.2 Alinhamento estratégico**

Para Kaplan e Norton (2000b), a arte de desenvolver uma estratégia bem sucedida e sustentável consiste em assegurar o alinhamento entre as actividades internas da organização e a proposição de valor para o cliente. Ainda segundo os autores do BSC, Kaplan e Norton (2006), a eficácia deste modelo decorre da habilidade em alinhar todas os recursos – pessoas, processos e sistemas de uma organização, e infra-estruturas com a estratégia, tendo em vista a melhoria da performance.

O alinhamento estratégico constitui uma parte explícita do processo de gestão, em que a execução da estratégia determina o mais alto nível de integração e trabalho em equipa. Para que o desempenho organizacional seja superior à soma das partes, dando lugar à criação de sinergias, tem de existir um alinhamento estratégico das diversas componentes do BSC, desde as perspectivas e objectivos estratégicos, passando pelos processos, cadeia de valor e infra-estruturas, até à definição das metas que se pretendem atingir. Em todas estas componentes, estão presentes os colaboradores, desde os dirigentes até ao pessoal do centro operacional, que, devidamente alinhados com a estratégia e coordenados entre si, potenciam a concretização dos objectivos estratégicos. Nesse sentido, cada colaborador deve entender a estratégia e saber de que modo o seu trabalho diário e o seu resultado contribuem para a concretização da mesma.

A criação de relações de causa e efeito entre as diferentes perspectivas, objectivos, metas e indicadores do BSC, a ligação dos resultados com as actividades operacionais e

as estratégias, e a comunicação desses resultados pelo CESS, exigem um alinhamento estratégico que traduza sincronia e harmonia entre as diferentes dimensões que criam valor ao serviço.

Em suma, o BSC do Serviço de Saúde, que é apresentado neste capítulo, pretende promover o alinhamento estratégico da missão, visão e valores, assim como, dos colaboradores, processos, infra-estruturas e todas as dimensões que criam valor ao Serviço de Saúde, já que é através do alinhamento que se faz a ligação entre as pessoas, as actividades e a estratégia, potenciando o serviço para uma efectiva gestão da performance organizacional.

### **11.1.3 Qualidade dos Cuidados e Ganhos em Saúde**

Tomando como ponto de partida a informação disponibilizada pelo Ministério da Saúde, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004) procura desenvolver, nomeadamente, ganhos em saúde através da promoção da saúde e prevenção da doença, privilegiando duas estratégias para obter mais saúde para todos: centrar as intervenções na família e no ciclo de vida; abordar os problemas de saúde através de uma aproximação à gestão integrada da doença.

Enquadrados num processo de reforma e mudança da saúde em Portugal, o Relatório da Primavera 2008 (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2008) enuncia diversos projectos inseridos no Banco de Inovação em Saúde, sendo de realçar o projecto Uma janela aberta à saúde, pela sua identificação com a missão do Serviço de Saúde. Este projecto apresenta a promoção da saúde através da evocação dos valores da família e da importância dos afectos, referindo a necessidade de estabelecimento de comunicação entre pais e filhos.

O BSC que se define para o Serviço de Saúde tem como objectivo assegurar a qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, obter ganhos em saúde para a sua população alvo, já que a sua missão considera a prestação de cuidados de saúde personalizados, ao utente e família, nos domínios da promoção e educação para a saúde, e prevenção da doença, abrangendo todo o ciclo de vida do indivíduo.

A tradução da visão e estratégia para o nível operacional, o posicionamento do serviço e a adequação de oferta de cuidados de saúde, através de um processo de aprendizagem e desenvolvimento organizacional que o BSC proporciona e facilita ao Serviço de Saúde, favorecem uma maior proximidade aos utentes. Nessa medida,

pretende-se que os profissionais de saúde e restantes colaboradores coloquem em prática, ou venham a reforçar, uma estratégia de intimidade com o utente, promovendo a gestão do relacionamento, prestando cuidados de saúde de forma global, integrada e personalizada, desenvolvendo assim vínculos e laços com os utentes, com a sua família e comunidade onde se inserem.

## **11.2 Componentes**

O BSC do Serviço de Saúde integra e traduz um conjunto de componentes definidos de forma adequada e equilibrada, procedendo-se, seguidamente, à sua identificação e descrição.

### **11.2.1 Perspectivas**

As quatro perspectivas-base - Clientes, Financeira, Processos Internos, e Aprendizagem e Desenvolvimento Organizacional, integram o BSC do Serviço de Saúde. Para além destas, e considerando, por um lado, que se está perante um Serviço de Saúde sem fins lucrativos, e por outro, a importância da sua missão, propõem-se ainda como perspectivas, colocadas no topo do BSC e acima das perspectivas originais, a Missão, a Visão, e os Valores:

- A Missão encontra-se claramente definida e divulgada e constitui a razão de ser e de existir do Serviço de Saúde, pelo que, aparece no topo do BSC. Tem a ver com o propósito que este serviço está encarregue de realizar, no presente, orientando-o e conferindo sentido e significado ao trabalho quotidiano dos colaboradores. A Missão pretende dar resposta e saber porque existe o serviço e com que finalidade;
- A Visão do Serviço de Saúde não se encontra definida. Procura-se assim, para o BSC do Serviço de Saúde, identificar a visão com base na auscultação junto dos profissionais, baseada numa postura visionária que desperte a capacidade de idealizar novos desafios e atitudes. A Visão traduz-se numa imagem que o serviço acredita poder representar o seu futuro, providenciando orientação em relação àquilo que deve ser preservado e o rumo e desenvolvimento que deve tomar. A Visão pretende dar resposta e conhecer para onde se quer ir, traduzindo-se, para o Serviço de Saúde, em colocar o mesmo numa posição ímpar no contexto da saúde em Portugal;

- Os Valores do Serviço de Saúde não estão definidos de forma explícita. Procede-se, então, à sua identificação, à semelhança do que se fez para a visão. Constituindo uma proclamação em termos de crenças e sentimentos que são evidenciadas nos comportamentos e atitudes dos colaboradores, os valores têm de estar interligados com a missão e visão. Conduzem à estruturação da cultura e da prática do Serviço de Saúde, traduzindo-se em princípios intemporais que guiam este serviço.

### **11.2.2 Estratégia e Objectivos Estratégicos**

A Estratégia surge na posição central do BSC, envolvendo as quatro perspectivas – Clientes, Financeira, Processos Internos, e Aprendizagem e Desenvolvimento Organizacional, que vêm logo a seguir à Missão, Visão e Valores, proporcionando a continuidade e melhoria da actividade do serviço num posicionamento único que detém no sector da saúde. A Estratégia representa o modo e a forma como o serviço se desloca da situação actual para um futuro desejável e tem como finalidade alcançar a visão, definindo o como e por onde se pretende ir.

A formulação de uma estratégia adequada, que é da responsabilidade dos dirigentes do Serviço de Saúde, as fases que se lhe seguem, como a comunicação, execução, monitorização e revisão, são fundamentais, na medida em que, permitem identificar as prioridades, as oportunidades e ameaças, para as quais devem ser orientados e alocados os recursos, competências e práticas. A Estratégia permite criar a ligação e o alinhamento entre as actividades a nível operacional que a suportam e os Objectivos Estratégicos que são definidos e que se assumem como fins desejáveis, explicando assim a história da Estratégia.

Os Objectivos Estratégicos são os fins que o Serviço de Saúde define e pretende alcançar, e traduzem os resultados a atingir no cumprimento da missão de modo a atingir a visão através da execução da Estratégia. Os Objectivos Estratégicos são identificados no ME e especificados, com maior profundidade, no Mapa de Objectivos Estratégicos (MOE), como instrumentos complementares ao BSC do Serviço de Saúde que se concebem como parte integrante da solução proposta para este serviço.

### 11.2.3 Indicadores Estratégicos

A sequência lógica anteriormente apresentada é suportada pelos conceitos - objectivos, indicadores, metas e iniciativas, que acabam por estar reflectidos no BSC do Serviço de Saúde.

Os Indicadores Estratégicos servem para medir, avaliar e comunicar o progresso e cumprimento dos objectivos estratégicos e por conseguinte, a performance do Serviço de Saúde, tomando como referência as metas que são fixadas. Devem ser estrategicamente relevantes e permitir avaliar como as chefias tiram partido dos factores críticos de sucesso para cumprir os objectivos. Nessa medida, os instrumentos complementares ao BSC do Serviço de Saúde, designadamente, o ME, contém um conjunto de Indicadores Estratégicos, tendo-se definido, também, um Mapa de Indicadores Chave de Desempenho (MICD), que vem assim integrar a solução proposta para este serviço. Este mapa contém um conjunto de indicadores financeiros e não-financeiros, de resultados (*lagging indicators*) e meios (*leading indicators*), num mix equilibrado de indicadores da performance passada (*outcomes*) e indutores da performance futura (*drivers*), relacionados com factores tangíveis e intangíveis, determinantes para um bom desempenho futuro deste serviço.

Quando se procede à implementação do BSC, é necessária a fixação de metas que dão significado aos resultados obtidos, não sendo mais do que a identificação de um valor ou percentagem a ser alcançado em cada indicador, ou seja, um resultado da performance desejado. Para a concretização das metas, impõe-se o desenvolvimento de iniciativas, sendo constituídas por actividades e acções, programas e projectos para assim facilitar o atingir das metas fixadas para cada indicador de desempenho, e por conseguinte, alcançar os objectivos, numa plataforma de integração, ligação e coerência das diversas componentes que compõem o BSC. As metas e iniciativas não integram o BSC que é definido para o Serviço de Saúde, na medida em que, face à sua especificidade e abrangência, poderão revestir-se de um maior realismo se forem definidas no período que antecede as diversas etapas de implementação deste modelo, em colaboração com todos os intervenientes, para cada um dos CS, num processo de *top-down* mas também de *bottom-up*, fomentando a transposição do modelo da gestão de topo até aos níveis hierárquicos mais baixos.



#### **11.2.4 Factores Críticos de Sucesso**

Os Factores críticos de sucesso do Serviço de Saúde dependem de factores intangíveis como sejam a qualidade dos cuidados prestados, o nível de satisfação, a fidelização e retenção dos utentes, e o tempo de espera para consulta. Para além destes, e tratando-se de um serviço que opera no sector da saúde, o cumprimento das normas de ética e deontologia, a eficácia operacional, as instalações e os equipamentos clínicos constituem também Factores Críticos de Sucesso.

#### **11.2.5 Relações de causa e efeito**

Por último, a identificação das componentes que integram o BSC e ME do Serviço de Saúde, anteriormente apresentadas, exigem a criação e verificação de relações de causa e efeito entre as mesmas, sendo estas relações parte integrante do modelo. As relações de causa e efeito permitem avaliar se o BSC e o ME do Serviço de Saúde reflectem de facto a estratégia e os objectivos estratégicos, contribuindo para narrar a história deste serviço aos diversos *stakeholders*.

### **11.3 *Balanced Scorecard* para o Serviço de Saúde**

O BSC que agora se concebe para o Serviço de Saúde, constitui um instrumento de gestão estratégica ao nível da gestão de topo, que visa, por um lado, proporcionar aos dirigentes de primeira linha uma visão global, integrada e compreensível da evolução do serviço, focalizada na gestão, e por outro, suportar o processo de tomada de decisão estratégica, numa perspectiva de (auto) aprendizagem e melhoria contínuas.

Considerando o que de mais relevante existe actualmente no Serviço de Saúde, no âmbito dos instrumentos de medição de desempenho, descritos e analisados no Capítulo IX, o modelo que se apresenta assenta na definição e utilização equilibrada das componentes identificadas anteriormente, devidamente alinhadas estrategicamente, visando o desempenho passado e a performance futura, com relações de causa e efeito entre si.

O BSC do Serviço de Saúde que seguidamente se apresenta na Figura 16, incorpora os contributos fornecidos, designadamente, dos membros que compõem o CESS e de outros colaboradores do serviço.

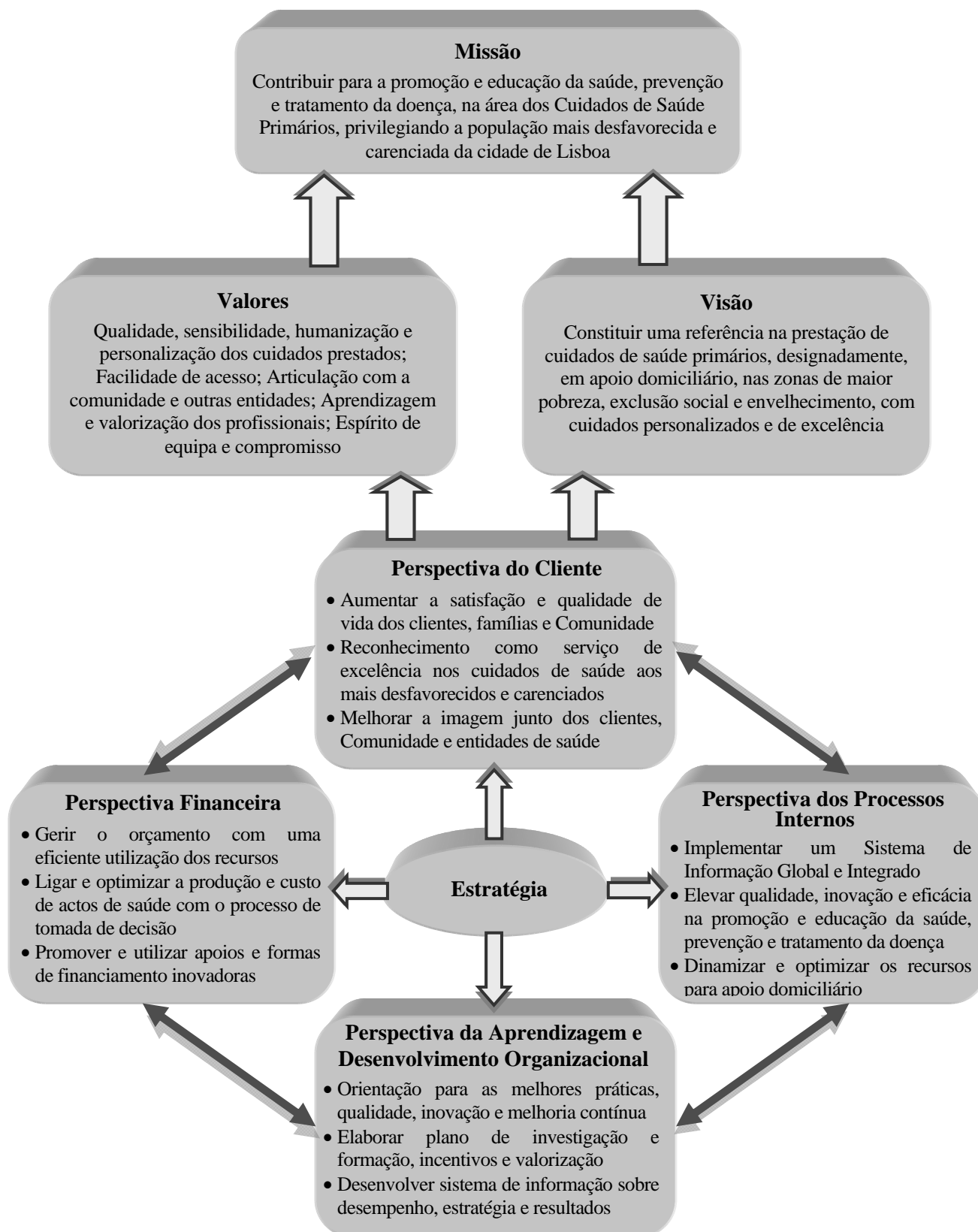


Figura 16 - O *Balanced Scorecard* do Serviço de Saúde.

O BSC de topo do Serviço de Saúde considera, conforme já referido, as opiniões e sugestões dos colaboradores deste serviço, obtidas através da realização de entrevistas, desde os dirigentes e chefias, até aos restantes colaboradores que envolvem os técnicos superiores e técnicos profissionais, assistentes administrativos e auxiliares de acção médica, passando pelos profissionais de saúde onde se incluem os médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicos de diagnóstico e terapêutica, correspondendo deste modo ao que pretendido, realizável e desejável par o serviço.

Conforme já referido anteriormente, a solução proposta para o Serviço de Saúde integra o BSC e um conjunto de mapas complementares a este modelo – ME, MOE e MICD, que seguidamente se apresentam.

## CAPÍTULO XII MAPAS COMPLEMENTARES AO *BALANCED SCORECARD*

### 12.1 Mapa Estratégico

À definição e concepção do BSC de topo, apresentado anteriormente, está subjacente uma forma de pensamento estratégico dos membros do CESS, que é traduzida nos elementos constituintes do ME do Serviço de Saúde que se apresenta na Figura 17.

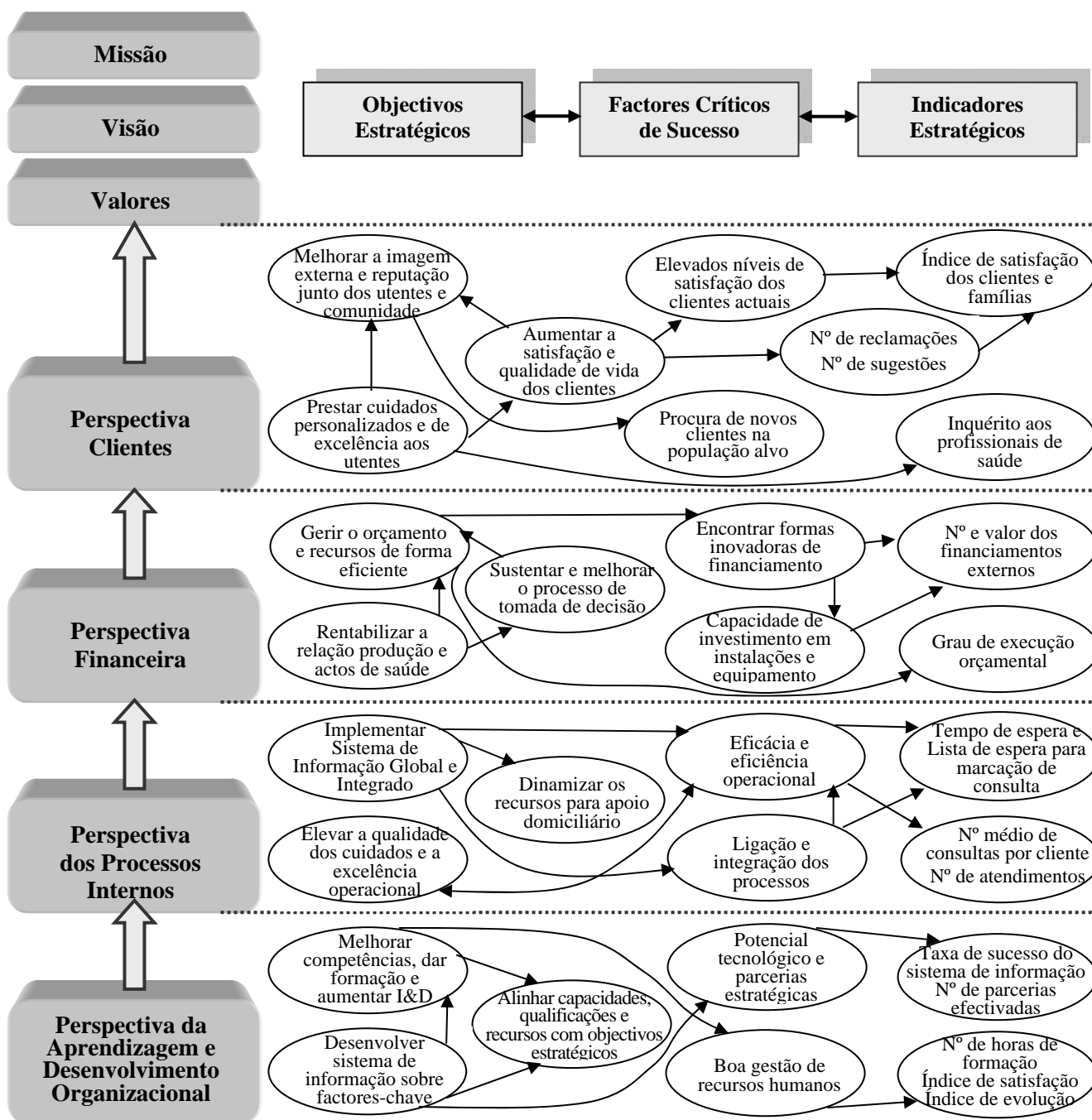


Figura 17 - O Mapa Estratégico do Serviço de Saúde.

## 12.2 Mapa de Objectivos Estratégicos

No MOE da figura seguinte, complementar ao BSC do Serviço de Saúde, pretende-se especificar e aprofundar os objectivos estratégicos do serviço, reflectindo assim, os contributos obtidos do CESS, que já incorporam o que se pretende para o ano de 2010.

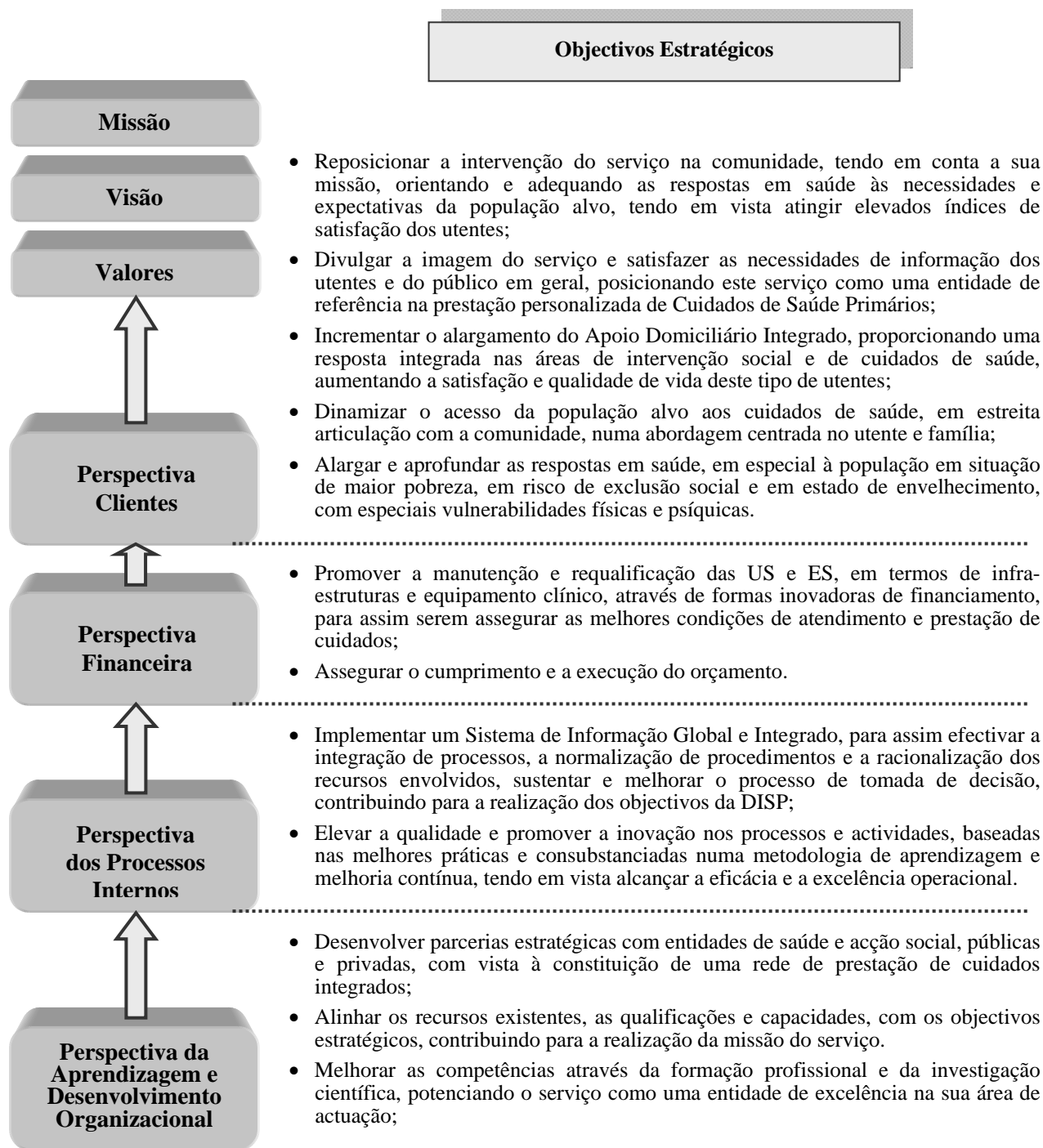


Figura 18 - O Mapa de Objectivos Estratégicos do Serviço de Saúde.

### 12.3 Mapa de Indicadores Chave de Desempenho

Na Figura 19, define-se o MICD<sup>17</sup> como um instrumento complementar que acompanha o BSC do Serviço de Saúde, com base na metodologia definida, a qual considera, para além dos contributos dos membros do CESS, e para este mapa em particular, as sugestões obtidas junto das chefias do NAAT, CS e ES e seus colaboradores que constituem o centro operacional deste serviço.

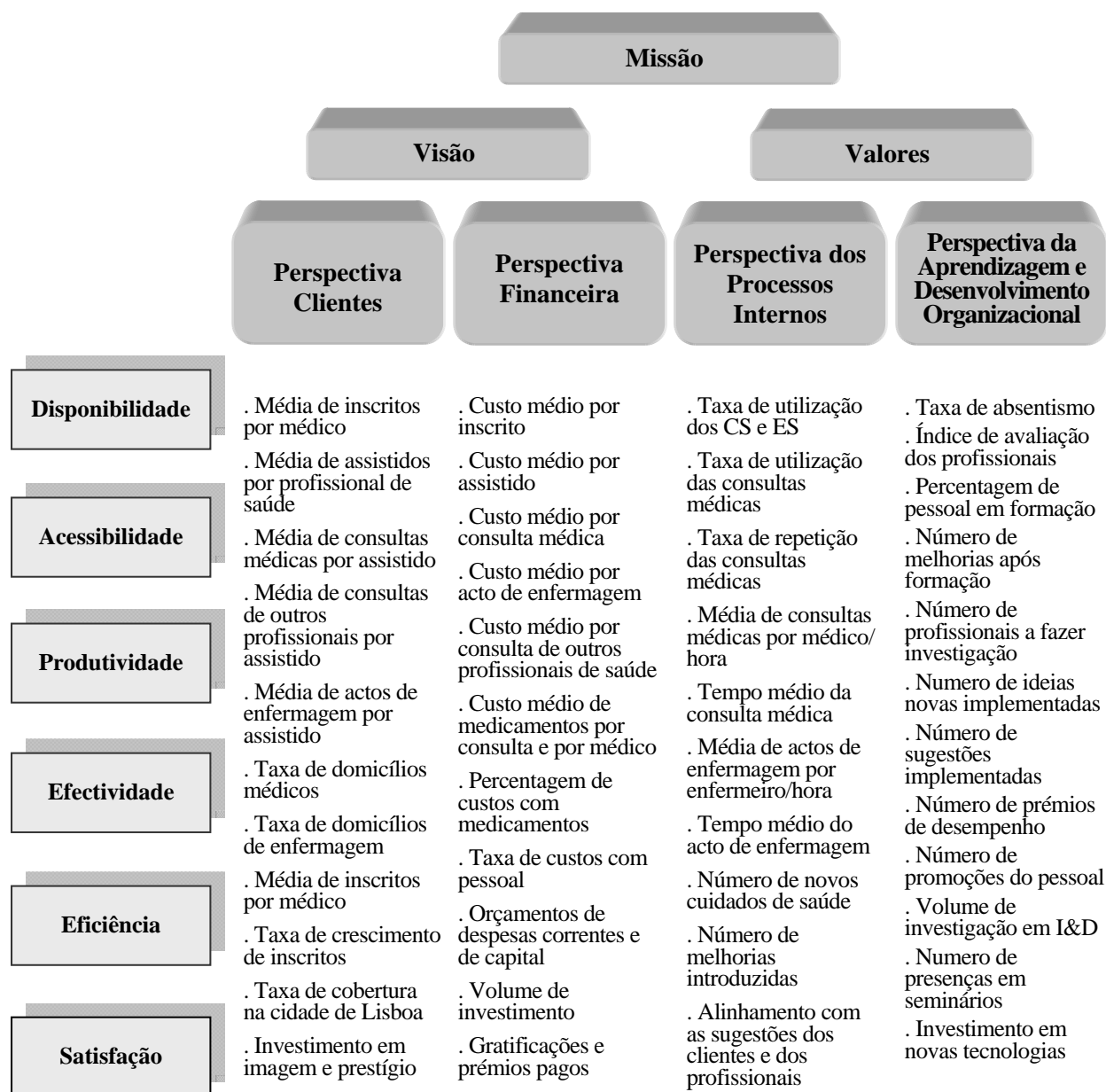


Figura 19 - O Mapa de Indicadores Chave de Desempenho do Serviço de Saúde.

<sup>17</sup> Considera a adaptação dos Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiares (Ministério da Saúde, 2006) à actividade dos CS e ES do Serviço de Saúde.

## **CAPÍTULO XIII ETAPAS PRÉVIAS À IMPLEMENTAÇÃO DO *BALANCED SCORECARD***

Considerando que o BSC abrange todo o Serviço de Saúde, a sua implementação pode originar um processo de mudança, uma vez que se está perante um modelo inovador que constitui o pilar do sistema integrado de gestão da performance. Nesse sentido, torna-se fundamental a disponibilização de recursos humanos, materiais e financeiros, com o factor tempo a assumir particular importância, num plano de integração e alinhamento organizacional, com envolvimento de todos os colaboradores.

A implementação do BSC do Serviço de Saúde tem de ser rigorosamente planeada pela gestão de topo de modo a que este modelo seja transformado numa ferramenta prática, devendo estar associada uma vontade expressa nesse sentido. Partindo deste pressuposto e considerando a abordagem havida junto dos membros do CESS, definem-se dez etapas para que a implementação do BSC no Serviço de Saúde seja bem sucedida:

1. Liderança e suporte ao BSC ao mais alto nível do serviço, com forte participação, acompanhamento e envolvimento permanentes da gestão de topo, com formulação de um plano estratégico a curto e médio prazos, definição e ligação prévias da estratégia com a medição das acções, e o estabelecimento de parcerias com entidades externas para a implementação;
2. Constituição de uma equipa de implementação que seja multifuncional, constituída pelas chefias de topo, dirigentes intermédios e representantes do centro operacional, podendo ainda incluir consultores externos, com a atribuição de competências, funções e responsabilidades para cada um dos membros;
3. Reunir toda a informação relevante sobre o BSC, nomeadamente, a que consta da Primeira Parte deste trabalho final de mestrado e proceder à sua divulgação, através de acções de formação, de modo a constituir uma base de conhecimento, seja em termos de conceitos e metodologias, seja no que se refere a experiencias práticas de implementação noutras entidades que operam no sector da saúde;
4. Definir, inequivocamente, o alinhamento dos colaboradores, processos, e infra-estruturas com a estratégia, como uma fonte crucial de valor e melhoria

- da performance, baseando-se na obtenção de sinergias a todos os níveis do serviço, criando compromissos e alinhando esforços para alcançar as metas;
5. Transposição do BSC de topo até aos níveis hierárquicos inferiores, com a desagregação deste em vários BSC, tantos quantos os CS e ES, definição de objectivos, iniciativas, indicadores de actividade e estabelecimento de metas, num plano operacional, pelas chefias destas unidades, com acompanhamento da equipa de implementação;
  6. Desenvolvimento de BSC individuais, de forma equilibrada, a solicitar aos profissionais do serviço, já que o modelo irá envolver gradualmente todos os colaboradores, que sustentem os objectivos e indicadores estratégicos dos BSC dos CS e ES, assim como, do BSC de topo;
  7. Revisão do BSC de topo, de cada um dos CS, ES e individuais, por todos os profissionais envolvidos, conducente à sua validação pela equipa de implementação, e consequente aceitação, envolvimento e compromisso de todos os colaboradores na sua implementação;
  8. Planear, de forma adequada e faseada, a implementação dos diversos BSC com a definição de um cronograma, os membros envolvidos e respectivas responsabilidades, a estratégia, as funções e tarefas a executar e resultados previstos, constantes do mesmo;
  9. Suportar previamente a implementação dos BSC com as novas tecnologias de informação, com o recurso a *software* apropriado de BSC integrado em sistemas de informação e de gestão de empresas com certificação internacional emitida pela *Balanced Scorecard Collaborative*<sup>18</sup>, com acções de formação e acompanhamento na utilização e manuseamento da aplicação, assegurados pela empresa que for seleccionada;
  10. Implementar os BSC aos vários níveis, da forma mais simples, com uma atitude proactiva por parte de todos os profissionais, com a colaboração das chefias, acompanhamento e monitorização pela equipa de implementação, com comunicação periódica dos progressos alcançados à gestão de topo do serviço.

---

<sup>18</sup> Instituição fundada por Robert Kaplan e David Norton, a qual emite um certificado a nível mundial para empresas que desenvolvem programas informáticos baseados no modelo BSC.



## **QUINTA PARTE**

---

---

### **Conclusões**

---

---

## **CAPÍTULO XIV SÍNTESE GLOBAL DO TRABALHO**

O presente Relatório de Projecto teve como objecto de estudo um Serviço de Saúde, integrado numa entidade sem fins lucrativos, que opera predominantemente na área dos Cuidados de Saúde Primários através de uma rede de Centros de Saúde e Extensões de Saúde. Trata-se de um estudo de caso, de natureza marcadamente aplicada, em que se aprofundou e descreveu um conjunto de elementos, no âmbito da gestão, desde o nível operacional até ao nível estratégico, tendo proporcionado uma aprendizagem sobre este caso em particular.

O objectivo geral deste trabalho final de mestrado consistiu em elaborar um *Balanced Scorecard*, como Instrumento de Gestão Estratégica adaptado ao Serviço de Saúde em estudo, que, no caso de vir a ser implementado, venha proporcionar uma efectiva gestão da performance organizacional, com uma utilização eficiente e eficaz dos recursos, de forma equilibrada e alinhada estrategicamente.

Para chegar à concepção de um BSC adaptado ao Serviço de Saúde, foi necessário adoptar uma metodologia com duas fases de desenvolvimento, consideradas fundamentais: pesquisa e investigação dos conceitos sobre o tema BSC, que constituiu a Revisão da Literatura, apresentada na Primeira Parte; caracterização, análise e diagnóstico do Serviço de Saúde, efectuados na Terceira Parte deste trabalho. Na Segunda Parte, procurou-se enquadrar o trabalho, fundamentando e explicitando o seu objectivo, tendo-se procedido, face à análise e diagnóstico do serviço que se seguiu, à definição de um BSC e de outros instrumentos complementares - Mapa Estratégico, Mapa de Objectivos Estratégicos e Mapa de Indicadores Chave de Desempenho, que constituem a Quarta Parte deste trabalho.

Na Revisão da Literatura, iniciou-se a investigação com livros e artigos dos autores do BSC, Kaplan e Norton, tendo-se alargado a revisão bibliográfica a outros investigadores que demonstraram a importância e aplicabilidade deste modelo, mas também as suas limitações, às mais diversas áreas de actividade, enquadradas quer no sector privado, quer no público.

Por se tratar de um tema recente (tem aproximadamente 17 anos), mais vocacionado para o meio empresarial mas perfeitamente adaptável e já implementado com sucesso em organizações sem fins lucrativos, a nível mundial, a utilização do BSC no sector da saúde em Portugal encontra-se ainda numa fase muito embrionária, com

algum desconhecimento deste modelo. O BSC é, contudo, uma alternativa viável aos tradicionais e persistentes sistemas de gestão, por todos os elementos que o integram e pelas experiências de sucesso na sua implementação, a nível internacional, que são descritas e validadas cientificamente.

A análise e diagnóstico do Serviço de Saúde, que foram efectuados, vieram revelar necessidades e carências diversas, seja em termos dos instrumentos de medição e avaliação de desempenho em si, seja no que se refere ao alinhamento estratégico dos recursos existentes. A acrescer, a ausência de uma visão explícita para o serviço, a inexistência de valores de forma declarada e a indefinição de uma estratégia que crie o alinhamento entre as actividades a nível operacional e os objectivos estratégicos, vêm justificar a necessidade de concepção e implementação de um BSC adaptado ao Serviço de Saúde. Contudo, todas estas dimensões têm estado em estudo e análise, no momento actual, pelo Conselho Executivo e Núcleo de Assessoria e Apoio Técnico, desde a recente tomada de posse destes órgãos de direcção do Serviço de Saúde. Encontra-se também em fase de desenvolvimento, no momento presente, um processo de consulta e análise a soluções informáticas na área dos Cuidados de Saúde Primários, testadas e validadas no mercado com vista à implementação de um Sistema de Informação global e integrado, que contribua para o desenvolvimento de um modelo de gestão multidimensional.

Depois de feita a caracterização, análise e diagnóstico do serviço em estudo, e auscultado os diversos colaboradores do serviço, concluiu-se que a elaboração de um BSC, como instrumento de gestão estratégica, mas também, como sistema de medição e avaliação, não só seria útil como desejável. Nessa medida e baseado num enquadramento conceptual, definiu-se um BSC adaptado ao Serviço de Saúde, acompanhado de mapas que se assumem como ferramentas complementares e indissociáveis ao modelo. Para este instrumento de gestão estratégica, procurou-se, nomeadamente, identificar a visão e os valores do Serviço de Saúde, como elementos necessários para se atingir elevados padrões de eficácia e eficiência, e traduzir os mesmos como perspectivas integrantes do modelo, colocando a estratégia no centro do BSC. A definição de um conjunto de componentes, como sejam, os objectivos estratégicos, os factores críticos de sucesso, os indicadores estratégicos e os indicadores chave de desempenho, reflectidos no BSC e explicitados nos mapas que o acompanham, vieram conferir robustez e plenitude a este modelo.

O BSC do Serviço de Saúde, agora concebido, poderá configurar um cenário de mudança e desenvolvimento organizacional no seu funcionamento, e nesse sentido, introduzir uma nova cultura de gestão, uma vez que vem permitir o alcance das seguintes conclusões:

- Trata-se de uma ferramenta de apoio à gestão estratégica que vem traduzir a estratégia em acção em todos os níveis organizacionais num conjunto abrangente de medidas de desempenho;
- Promove o alinhamento de todas as dimensões que criam valor ao serviço, com relações de causa e efeito, direccionando-as para a melhoria da prestação de cuidados de saúde e por conseguinte, da satisfação e retenção dos utentes;
- Constitui um poderoso instrumento de mudança, já que envolve as áreas estratégicas do serviço e todos os colaboradores, como factores imprescindíveis ao sucesso de qualquer organização, proporcionando, designadamente, um processo de aprendizagem e crescimento contínuos.

A sua utilização, enquanto instrumento de gestão estratégica, com a observância e cumprimento das etapas prévias à sua implementação, que foram definidas no final da Quarta Parte, poderá ajudar na elaboração, implementação e acompanhamento de planos estratégicos multidimensionais, num período de curto, médio e longo prazo. Deste modo, poderão ser reunidas as condições para potenciar e posicionar o Serviço de Saúde num patamar de excelência no sector da saúde em que opera, focalizado na qualidade dos cuidados a prestar e na obtenção de ganhos em saúde para a sua população alvo.

Finalmente, é de referir, que, com este estudo de caso, para além do seu objectivo, espera-se ter contribuído para o conhecimento e divulgação do BSC no nosso país, e para a demonstração da sua adaptabilidade e flexibilidade a organizações e serviços sem fins lucrativos que actuam (e não só), na área dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

## **CAPÍTULO XV LIMITAÇÕES DO TRABALHO**

A realização deste trabalho final de mestrado, que trata de um estudo de caso, confrontou-se com algumas dificuldades e limitações, com particular relevo na obtenção de sugestões e contributos para os instrumentos que constituem a solução proposta para o Serviço de Saúde e ainda, em termos de expectativas quanto aos benefícios do modelo BSC para o futuro.

Assim, e no âmbito do trabalho de campo realizado, constatou-se um desconhecimento generalizado do BSC por parte dos colaboradores, reflectindo-se na escassez de contributos. Perante estas circunstâncias, a elaboração da solução para o serviço determinou a necessidade de explicar e referir, no plano teórico e com base na análise e diagnóstico ao serviço, a importância e as vantagens da aplicabilidade do BSC. A receptividade inicial era baixa, tendo no entanto sofrido uma evolução gradual ao longo destas jornadas, no acompanhamento da construção do BSC e dos mapas complementares, devidamente sustentados cientificamente e adaptados à realidade do Serviço de Saúde.

Por outro lado, a inexistência de um Sistema de Informação assente num sistema informático, que se prende com custos elevados e se aguarda há anos, condicionou as expectativas dos profissionais com a definição de um BSC, já que a sua eventual implementação pressupõe a disponibilização de recursos financeiros, que são necessários e poderão ser direccionados prioritariamente à informatização do serviço.

Outra limitação do trabalho tem a ver, por um lado, com a dispersão geográfica dos Centros de Saúde e Extensões de Saúde, e por outro, com a reformulação em curso dos objectivos e estratégias para todo o serviço, na sequência da recente tomada de posse do CESS. Assim, a possibilidade de elaborar um BSC, credível e realista, para cada uma das unidades, como se gostaria, ficou de algum modo inviabilizada, tendo a solução proposta sido confinada à gestão de topo do serviço, ainda que possa espelhar genericamente as suas unidades de saúde.

Finalmente, acresce ainda o facto de, tratando-se de um modelo pouco divulgado em Portugal, a literatura nacional sobre o tema BSC, aplicado a empresas e organizações do sector da saúde em Portugal, é escassa. Neste âmbito, o relato de experiências, no nosso país, que descrevam a implementação e o impacto deste modelo na gestão, também surge como uma limitação a este trabalho.

## CAPÍTULO XVI SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A divulgação do BSC em Portugal, designadamente, em organizações e serviços que actuam na área da saúde e outras, não é muito abundante, conforme já referido, havendo contudo, alguma literatura nacional (recente) de investigadores e consultores que contribui para o estudo e implementação deste modelo.

Com o objectivo de aprofundar o tema deste trabalho final de mestrado, enquadrado numa vertente de âmbito empresarial, e considerando a investigação realizada e o trabalho desenvolvido, apresentam-se as seguintes sugestões e recomendações para futuros trabalhos:

- Aprofundamento do estudo agora realizado a uma amostra mais abrangente, nomeadamente, aos restantes serviços (não utilizam o BSC) da entidade na qual o Serviço de Saúde está integrado, na medida em que, desenvolvem a sua actividade nas mais diversas áreas de actuação, em outros sectores que não o da saúde. Esta sugestão tem como finalidade enriquecer o presente trabalho e contribuir para potenciar a gestão da performance organizacional da entidade como um todo;
- Alargamento do estudo e concepção de BSC, seguindo uma metodologia idêntica à do presente trabalho, a organizações de média e grande dimensão que actuam na área da saúde, e aferir da importância, necessidade e viabilidade de implementação deste modelo;
- Realização de um estudo de caso numa entidade da área da saúde que já tenha implementado e utilize o BSC, com o objectivo de estudar todo o processo de implementação, utilização e impactes;
- Desenvolvimento de um trabalho de pesquisa e *benchmarking* em empresas e organizações, com a finalidade de comparar processos, identificar as melhores práticas e encontrar factores chave que influenciam os resultados e a performance no uso deste modelo;
- Identificação e estudo de empresas e organizações, ao nível internacional, que, utilizando o BSC de forma consolidada, se encontrem ou caminhem para o terceiro e mais recente nível de evolução deste modelo, ou seja, um Sistema de Gestão da Mudança, em que o principal enfoque reside no alinhamento estratégico, como paradigma do presente e futuro.

## CAPÍTULO XVII CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo presente que o conhecimento não tem fronteiras e que os domínios da investigação são ilimitados, este trabalho não ficaria completo sem se tecer algumas considerações finais:

- A noção da importância do BSC, ainda que, a sua divulgação e implementação sejam pouco perceptíveis em Portugal;
- Cada empresa ou organização é um caso, com formas de ser, de estar e de posicionamento únicos;
- A sobrevivência e sucesso exigem novos modelos de gestão do inesperado, cada vez mais frequente, num mundo em permanente mudança.

É assim desejável que este trabalho, de natureza marcadamente aplicada e de âmbito empresarial, revestido de sustentabilidade científica, constitua um de muitos trabalhos que enriquecem não somente a teoria e o conhecimento, mas também, o universo das empresas e organizações, nacionais e internacionais.

Na expectativa de que este trabalho final de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde se transforme num contributo positivo para os gestores, com impacto nos sistemas de gestão multidimensionais e de apoio à decisão, conducentes à criação de valor para a organização, propõe-se a utilização do *Balanced Scorecard* como Instrumento de Gestão Estratégica para uma efectiva gestão da performance organizacional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atkinson, A e M. Epstein (2000). *Measure for measure – realizing the power of the Balanced Scorecard*. 2001 in Articles of Merit. I.F.A.C..

Atkinson, A., R. Balakrishnan, P. Booth, J. M. Cole, T. Groot, T. Malmi, H. Roberts, E. Uliana e A. Wu (1997). *New directions in management accounting research*, in Journal of Management Accounting Research 9 (1).

Banker, R., H. Chang e M. Pizzini (2004). *The Balanced Scorecard: Judgmental effects of performance measures linked to strategy*, in The Accounting Review, 79.

Bessire, D. e C. Baker (2005). *The French Tableau de Bord and the American Balanced Scorecard: a critical analysis*, Critical Perspectives on Accounting, 16.

Bourguignon, A., V. Malleret e H. Norreklit (2001). *Balanced Scorecard versus French Tableau de Bord: beyond dispute, a culture and ideological perspective*. Mars 2001 in Cahier de Recherche du Group HEC, 724.

Brewer, P. e T.W. Speh (2000). *Using the Balanced Scorecard to measure supply chain performance*, in Journal of Business Logistics, Vol. 21, N.º 1.

Butler, A., S. Letza e B. Neale (1997). *Linking the Balanced Scorecard to Strategy*. Long Range Planning 30 (2).

Carvalho, C. e G. Azevedo (2001). *Balanced Scorecard – Sistema de Informação vs. Sistema de Gestão*, in Revista Estudos do I.S.C.A.A., II.ª Série 6/7.

Carvalho, J.C. e J.C. Filipe (2006). *Manual de Estratégia – Conceitos, Prática e Roteiro* (1ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Caudeli, A. e V. Feliu (2000). *El Quadro de Mando Integral: Un herramienta para el control de gestión*. Partida Doble (114).

Chan, L. (2004). *Performance measurement and adoption of the balanced scorecards: a survey of municipal governments in the USA and Canada*, in The International Journal of Public Sector Management 17.

Chernichovsky, D. (1995). *Health System Reforms in Industrialised Democracies: An Emerging Paradigm*, in The Milbank Quaterly Vol. 73, n.º 3, Cambridge, USA and Oxford, UK.

Chow, C., K. Haddad e J. Williamson (1997). *Applying the Balanced Scorecard to small Companies*, in Revista Estudos do I.S.C.A.A., II.ª Série 6/7.

Collins, J e J. Porras (1996). *Building Your Company's Vision*, Sept–Oct. 1996, in Harvard Business Review.



Drucker, P. (1995). *The information executives truly need*. 1998, in Harvard Business Review – On Measuring Corporate Finance. Harvard Business School Press.

Dunlop, D. W. e J.M. Martins (1995). *An International Assessment of Health Care Financing – Lessons for Developing Countries*, Washington, The World Bank – EDI Seminar Series.

Escoval, A. (2003). *Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização – Factores Críticos do Contexto Português*; Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

Eccles, R. (1991). *The performance Measurement Manifesto*. 1998, in Harvard Business Review – On Measuring Corporate Finance. Harvard Business Scholl Press.

Ellingson, D.A. e J. Wambsganss (2001). *Modifying the approach to planning and evaluation in governmental entities: a Balanced Scorecard Approach*, in Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management 13 (1).

Fortin, M.F. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. (3ª Edição). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda..

Freire, A. (1998). *Estratégia – Sucesso em Portugal*. Lisboa: Verbo.

Hernandez, C., C. Cruz e S. Falcão (2000). *Combinando o Balanced Scorecard com a gestão do conhecimento*. 2000, in Revista Portuguesa de Gestão, Nº 3, INDEG.

Ho, K. e L. Chan (2000). *Performance Measurement and the use of balanced scorecard in Canadian Hospitals*. Advances in Management Accounting 9.

Holmes, J., S.G. Piñeres e D. Kiel (2006). *Reforming Government Agencies Internationally: Is There a Role for the Balanced Scorecard?*, in. International Journal of Public Administration 29 (12).

Inamdar, S.N. e R.S. Kaplan (2002). *Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations*, in Journal of Healthcare Management.

Jackson, P. (2003). *Public Service Performance Evaluation: A Strategic Perspective*, in Public Money & Management Oct-Dec.

Johnsen, Á. (2001). *Balanced Scorecard: Thoretical perspectives and public mangement implications*, in Managerial Auditing Journal 16.

Jordan, H., J.C. Neves e J.A. Rodrigues (2007). *O Controlo de Gestão – Ao Serviço da Estratégia e dos Gestores* (7.ª Edição). Lisboa: Áreas Editora.

Julnes, P. e M. Holzer (2001). *Promoting the utilization of performance measures in public organizations: na empirical study of factors affecting adoption and implementation*, in Public Administration Review 61.

Kaplan, R.S. (1999). *The Balanced Scorecard for Public-Sector Organizations*, in Balanced Scorecard Report.

Kaplan, R.S. (2001). *Strategic performance measurement and management in nonprofit organizations*. Non-profit Management and Leadership 11 (3).

Kaplan, R.S. e D.P. Norton (1992). *The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance*. Jan.-Feb.1992, in Harvard Business Review.

Kaplan, R.S. e D.P. Norton (1993). *Putting The Balanced Scorecard to Work*. Sep.-Oct.1993, in Harvard Business Review.

Kaplan, R.S. e D.P. Norton (1996a). *Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*, Jan.-Feb. 1996, in Harvard Business Review.

Kaplan, R.S. e D.P. Norton (1996b). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.

Kaplan, R.S. e D.P. Norton (1997). *Why does business need a balanced scorecard*, May-Jun 1997, in Journal of Cost Management.

Kaplan, R.S. e D.P. Norton (2000a). *Having Trouble with your Strategy? Then Map it*. Set.-Oct. 2000, in Harvard Business Review.

Kaplan, R.S. e D.P. Norton (2000b). *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.

Kaplan, R.S. e D.P. Norton (2001). *Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: Part I*. Accounting Horizons (15).

Kaplan, R.S. e D.P. Norton (2004). *Strategy Maps: Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.

Kaplan, R.S. e D.P. Norton (2006). *Alignment: Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies*, Harvard Business Scholl Press, Boston.

Lawton, R. (2002). *Balance your Balanced Scorecard*. March 2002, in Quality Progress.

Lipe, M. e S. Saltério (2000). *The Balanced Scorecard: Judgmental Effects of Common and Unique Performance Measures*. July 2000, in The Accounting Review, Vol. 75, n.º 3.

Lucena, D., M. Gouveia e P.P. Barros (1995). *Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal*. Documento de Trabalho, Ministério da Saúde, Lisboa

Madeira, P.J. (2000). *Balanced Scorecard: Um novo sistema de avaliação*. 2000 in Jornal do Técnico de Contas e da Empresa

- Malina, M.A. e F. Selto (2001). *Communicating and controlling strategy: an empirical study of the effectiveness of the balanced scorecard*. 2001, in *Journal of Management Accounting Research*. Vol. 13.
- Malmi, T. (2001). *Balanced Scorecards in Finnish Companies: A research note*, in *Management Accounting Research*. Vol. 12, n.º 2.
- Martins, A. (2002). *Introdução à Análise Financeira de Empresas*. Porto: Vida Económica. N.º 413.
- Martins, L. (2006), O erro como periferia do sistema, em J. Fragata e L. Martins (Eds.), *O Erro em Medicina – Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade* (2ª Edição). Coimbra: Livraria Almedina, 147-211.
- Martinsons, M., R. Davidson e D. Tse (1999). *The balanced scorecard: a foundation for the strategic management of information systems*. *Decision Support Systems* 25.
- Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Vol. I.
- Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2006). *Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiares*, [http://mcsp.lvengine.com/Images/content/page\\_46/Indicadores\\_desempenho\\_USF\\_MCSP20060412.pdf](http://mcsp.lvengine.com/Images/content/page_46/Indicadores_desempenho_USF_MCSP20060412.pdf)
- Mintzberg, H. (2004). *Estrutura e Dinâmica das Organizações* (3ª Edição). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Mintzberg, H. e J.B. Lampel, J.B. Quinn e S. Ghoshal (2002). *The strategy process – concepts, contexts, cases*, (4th Edition). New Jersey: Prentice Hall.
- Mooraj, S., D. Oyon e D. Hostettler (1999). *The Balanced Scorecard: a Necessary Good or an Unnecessary Evil?*, in *European Management Journal* 17.
- Nair, M (2004). *Essentials of Balanced Scorecard*, John Wiley & Sons, New Jersey.
- Neely, A. (2002). *Avaliação do Desempenho das Empresas – porquê, o quê e como*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Neves, J.C. (2000a). *Análise Financeira I: Técnicas Fundamentais* (12.ª Edição). Lisboa: Texto Editora.
- Neves, J.C. (2000b). *Análise Financeira II: Avaliação do Desempenho baseada no valor* (1.ª Edição). Lisboa: Texto Editora.
- Níven, P. (2003). *Balanced Scorecard Step-By-Step: for government and nonprofit agencies*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Norreklit, H. (2000). *The Balance on the Balanced Scorecard – A Critical Analysis of some of its Assumptions*. 2000, in Management Accounting Research. Vol. 11. Academic Press.
- Norreklit, H. (2003). *The Balanced Scorecard: What is the score? A Rhetorical Analysis of the Balanced Scorecard*. Accounting, Organizations and Society 28.
- Norton, D.P. (2005). *Putting Customer Understanding at the Heart of your Strategy, Balanced Scorecard Report*. Jul.–Aug, 2005, in Balanced Scorecard Report.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003). *Relatório de Primavera 2003 – Saúde: que rupturas?* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2008). *Relatório de Primavera 2008 – Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Olve, N., J. Roy e M. Wetter (2000). *Performance Drivers: A Practical Guide to Using the Balanced Scorecard*. Chichester, John Wiley & Sons.
- Pedro, J.M. (2004). *O Balanced Scorecard (BSC) no Sector Público*. Revista Informação & Informática (28).
- Pinto, F. (2007). *Balanced Scorecard – Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos* (1.<sup>a</sup> Edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda..
- Porter, M. E. (1985). *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. Free Press, N.Y.
- Radnor, Z. e B. Lovell (2003). *Defining, justifying and implementing the Balanced Scorecard in the National Health Service*, in International Journal of Medical Marketing 3 (3): 174-88.
- Ramos, C. e D. Gonçalves (2002). *Balanced Scorecard: Uma ferramenta de gestão estratégica*. Janeiro 2002, in Jornal de Contabilidade, n.º 298.
- Ribeiro, C.M.S. (2007). *O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced Scorecard*, [http://www.ctoc.pt/download/files/1218011746\\_61a66\\_gestao.pdf](http://www.ctoc.pt/download/files/1218011746_61a66_gestao.pdf).
- Rigby, D. (2001). *Management Tools and Techniques: A Survey*, in Californian Management Review.
- Rivadeneira, R.M. (2000). *La innovación vista desde el enfoque del Balanced Scorecard: Tablero Balanceado de Gestión*. 19 de Maio, in I Jornada de Actualización de Ingeniería Industrial *Innovación tecnológica: Conocimiento para el desarrollo*. Manizales, Universidad Nacional, Colômbia.
- Roberts, E.U. e A. Wu (1997). *New directions in management accounting research* in Journal of Management Accounting Research (9).

Rolph, P. (1999). *The Balanced Scorecard: Get smart and get control*. July/August 1999, in Chief Executive.

Rosário, C.C.R. (2005). *Análise da eficácia do Balanced Scorecard e o efeito da (des)semelhança estrutural do modelo mental na decisão estratégica: Uma abordagem baseada em simulação*. Tese de Doutoramento em Gestão, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

Russo, J. (2006). *Balanced Scorecard para PME – Saiba como adaptar a metodologia de gestão estratégica das multinacionais para melhorar o desempenho da sua empresa*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda..

Scheinder M., R.K.-H. Dennerlein, A. Köse e L. Scholtes (1992). *Health Care in the EC Member States*, Amsterdam, Elsevier.

Sim, K.L. e H.C. Koh (2001). *Balanced Scorecard – A Rising Trend in Strategic Performance Measurement*. 2001, in *Measuring Business Excellence* n.º 5, MCB University Press.

Simons, R. (1995). *Control in an age of empowerment*, Harvard Business Review Mar-Abr 1995.

Sousa, M.G. e L.M. Rodrigues (2002). *O Balanced Scorecard – Um instrumento de gestão estratégica para o séc. XXI*. Porto: Editora Rei dos Livros.

Speckbacher, G., J. Bischof e T. Pfeiffer (2003). *A Descriptive Analysis on the Implementation of Balanced Scorecards in German-speaking Countries*, in *Management Accounting Research*.

Stake, R.E. (2007). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vasco, E. e J.A. Figueiredo (2004). *Uma Abordagem em Rede à Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde*. Out.–Dez. 2004 in *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Vol.3, N.º 4.

Wilson, C., D. Hagarty e J. Gauthier (2003). *Results using the balanced scorecard in the public sector*, *Journal of Corporate Real Estate* 6.

Wisniewski, M. e A. Dickson (2001). *Measures performance in Dumfries and Galloway Constabulary with the Balanced Scorecard*, in *Journal of Operational Research Society* 52.

Zelman, W., G. Pink e C. Matthias (2003). *Use of the Balanced Scorecard in Health Care*. *Journal of Health Care Finance* 29 (4).

## **ANEXOS**

Anexo I – Plano de Actividades - Objectivos

Serviço de Saúde  
Plano de Actividades - Objectivos  
Cuidados de Saúde Primários

Global

(Unidades)

Indicadores de Actividade	Estimativa Ano n	Objectivos Ano n+1				
		1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	Valor Anual
Nr. de Centros de Saúde						
Nr. de Extensões de Saúde						
<b>Movimento de Utentes</b>						
Utentes Admitidos						
Admitidos 1ª Vez						
Admitidos 1ª Vez no Ano						
Utentes Entrados em Ap. Domiciliário						
Utentes Assistidos						
M						
F						
10 ou menos anos MF						
10 ou menos anos M						
11 a 18 anos MF						
11 a 18 anos M						
19 a 44 anos MF						
19 a 44 anos M						
45 a 64 anos MF						
45 a 64 anos M						
65 a 79 anos MF						
65 a 79 anos M						
80 e mais anos MF						
80 e mais anos M						
Rastreios						
Utentes Rastreados *						
Utentes Saídos						
Existência Inicial de Utentes						
M						
F						
Existência Final de Utentes						
M						
F						
<b>Actividade Médica</b>						
Consultas Médicas						
Primeiras						
Seguintes						
M						
F						
Domicílios Médicos						
<b>Actividade de Psicologia</b>						
Consultas de Psicologia						
Primeiras						
Seguintes						
M						
F						
<b>Actividade de Enfermagem</b>						
Consultas de Enfermagem						
Primeiras						
Seguintes						
M						
F						
Entrevistas						
Tratamentos						
Actos de Enfermagem						
Vacinas						
Actos Complementares de Diagnóstico						
Domicílios de Enfermagem						

**Anexo II – Listagem de Acções a Desenvolver**

**Serviço de Saúde  
Listagem de Acções a Desenvolver**

CÓD.	OBJECTIVOS	Cód.	ACÇÕES A DESENVOLVER	Trans. do ano ant.	TRIMESTRE				Trans. para o ano seg.	Acom- panha- mento	REC. FINANC. (EUROS)	COLAB/ APOIO	
					1º	2º	3º	4º					
1		ACÇÕES NOVAS											
		ACÇÕES DE CONTINUIDADE											



**Anexo III – Proposta de Orçamento/Execução Orçamental**

**Serviço de Saúde**  
**Proposta de Orçamento/ Execução Orçamental**

Despesas e Receitas Correntes	Orçamento	Execução		Variação Orçamento/Execução	
		Mensal	Acumulado	Valor	%
61 - Custo Merc. Venda Mat. Consumidas					
62 - Fornecimentos e Serviços Externos					
63 - Impostos					
64 - Custos Como Pessoal					
66 - Amortizações e Ajustamentos					
<b>6 - Total de Custos e Perdas</b>					
<b>Custo Global</b>					
72 - Prestação de Serviços					
<b>7 - Total Receitas Correntes</b>					

Anexo IV – Plano de Actividades - Execução

Serviço de Saúde  
Plano de Actividades - Execução  
Cuidados de Saúde Primários

Global

(Unidades)

Indicadores de Actividade	Realizado Ano n-1	Execução Ano n				
		1º Trim.	2º Trim.	3º Trim.	4º Trim.	Valor Anual
Nr. de Centros de Saúde						
Nr. de Extensões de Saúde						
<b>Movimento de Utentes</b>						
Utentes Admitidos						
Admitidos 1ª Vez						
Admitidos 1ª Vez no Ano						
Utentes Entrados em Ap. Domiciliário						
Utentes Assistidos						
M						
F						
10 ou menos anos MF						
10 ou menos anos M						
11 a 18 anos MF						
11 a 18 anos M						
19 a 44 anos MF						
19 a 44 anos M						
45 a 64 anos MF						
45 a 64 anos M						
65 a 79 anos MF						
65 a 79 anos M						
80 e mais anos MF						
80 e mais anos M						
<b>Rastreios</b>						
Utentes Rastreados *						
Utentes Saídos						
Existência Inicial de Utentes						
M						
F						
Existência Final de Utentes						
M						
F						
<b>Actividade Médica</b>						
Consultas Médicas						
Primeiras						
Seguintes						
M						
F						
Domicílios Médicos						
<b>Actividade de Psicologia</b>						
Consultas de Psicologia						
Primeiras						
Seguintes						
M						
F						
<b>Actividade de Enfermagem</b>						
Consultas de Enfermagem						
Primeiras						
Seguintes						
M						
F						
Entrevistas						
Tratamentos						
Actos de Enfermagem						
Vacinas						
Actos Complementares de Diagnóstico						
Domicílios de Enfermagem						

Anexo V – Plano de Actividades – Variação Objectivos/Execução

**Serviço de Saúde**  
**Plano de Actividades - Variação Execução/O bjectivos - Trimestral**  
**Cuidados de Saúde Primários**

Global

(Unidades)

Indicadores de Actividade	Trimestre n		Variação	
	Objectivos	Execução	Absoluta	Percentual
Nr. de Centros de Saúde				
Nr. de Extensões de Saúde				
<b>Movimento de Utentes</b>				
Utentes Admitidos				
Admitidos 1ª Vez				
Admitidos 1ª Vez no Ano				
Utentes Entrados em Ap. Domiciliário				
Utentes Assistidos				
M				
F				
10 ou menos anos MF				
10 ou menos anos M				
11 a 18 anos MF				
11 a 18 anos M				
19 a 44 anos MF				
19 a 44 anos M				
45 a 64 anos MF				
45 a 64 anos M				
65 a 79 anos MF				
65 a 79 anos M				
80 e mais anos MF				
80 e mais anos M				
Rastreios				
Utentes Rastreados				
Utentes Saídos				
Existência Inicial de Utentes				
M				
F				
Existência Final de Utentes				
M				
F				
<b>Actividade Médica</b>				
Consultas Médicas				
Primeiras				
Seguintes				
M				
F				
Domicílios Médicos				
<b>Actividade de Psicologia</b>				
Consultas de Psicologia				
Primeiras				
Seguintes				
M				
F				
<b>Actividade de Enfermagem</b>				
Consultas de Enfermagem				
Primeiras				
Seguintes				
M				
F				
Entrevistas				
Tratamentos				
Actos de Enfermagem				
Vacinas				
Actos Complementares de Diagnóstico				
Domicílios de Enfermagem				

Anexo VI – *Tableau de Bord*

Serviço de Saúde  
Tableau de Bord

Mês: \_\_\_\_\_  
Ano: \_\_\_\_\_

Actividade e Recursos	Ano n - 1		Ano n				Variação %			
	Mês	Acumulado	Mês		Acumulado		Mês		Acumulado	
			Realizado	Previsto	Realizado	Previsto	n / n-1	n Real/Previsto	n / n-1 Realizado	n Real/Previsto
<b>Enquadramento</b>										
Utentes Inscritos nos CS e ES										
Utentes Assistidos										
Utentes Primeira Vez										
Utentes Primeira vez no ano										
<b>Actividade assistencial</b>										
Consultas médicas										
Primeiras consultas médicas										
Consultas psicologia										
Actos de enfermagem										
Rastreios										
Utentes rastreados										
Domicílios médicos										
Domicílios enfermagem										
Consultas Médicas / Médico ETC										
Consultas Médicas / Médico ETC / Hora										
Consultas Psicologia / Psicólogo ETC / Hora										
Actos Enfermagem / Enfermeiro ETC / Hora										
Horas afectas a consulta - Médicos										
Horas afectas a consulta - Psicólogos										
Sessões de Educação para a Saúde										
Encaminhamentos/Referenciação										
<b>Recursos Humanos</b>										
Efectivos										
Activos ETC (Equivalente a Tempo Completo 35H00)										
Médicos ETC										
Enfermeiros ETC										
Psicólogos ETC										
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica ETC										
Outro Pessoal ETC										
Dias de Ausência										
Taxa de Absentismo										
<b>Qualidade</b>										
Taxa de Primeiras consultas - Médicas										
Taxa de Primeiras consultas - Psicologia										
Tempo médio espera para consulta Medicina Geral										
Mínimo (Dias)										
Máximo (Dias)										
Tempo médio espera para consulta Psicologia										
Mínimo (Dias)										
Máximo (Dias)										
Taxa de Utentes Assistidos / Utentes Inscritos										
Reclamações										
<b>Financeiros</b>										
Proveitos Totais (Milhares de Euros)										
Proveitos prestação de serviços										
Custos totais (Milhares de Euros)										
Custos com Produtos Farmacêuticos										
Custos com pessoal										
Taxa de Custos de Pessoal										

Notas